



Études de l'OCDE sur les politiques  
de santé

# Optimiser les dépenses de santé





Études de l'OCDE sur les politiques de santé

# Optimiser les dépenses de santé



# ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

*Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.*

ISBN 978-92-64-08882-5 (imprimé)  
ISBN 978-92-64-08883-2 (PDF)

Série : Études de l'OCDE sur les politiques de santé  
ISSN 2074-3203 (imprimé)  
ISSN 2074-3211 (en ligne)

Publié en anglais : *Value for Money in Health Spending*

**Crédits photo** : Couverture © skodonnell/istockphoto, © Scott Hales/Shutterstock.com.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : [www.oecd.org/editions/corrigenda](http://www.oecd.org/editions/corrigenda)

© OCDE 2010

---

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com)

---

## *Avant-propos*

*Les ministres de la Santé des pays de l'OCDE se sont réunis à Paris les 7 et 8 octobre 2010 pour réfléchir aux progrès remarquables qui ont été accomplis dans le domaine de la santé des populations de leurs pays et qui résultent dans une mesure non négligeable des améliorations apportées aux systèmes de santé. Mais ils se sont aussi interrogés sur la route semée d'embûches qui les attend dans les années à venir. Les pays doivent optimiser les investissements importants et croissants qu'ils réalisent dans le secteur des soins de santé, tâche qui est aujourd'hui d'autant plus délicate – et urgente – que nombre de pays doivent faire face à une situation budgétaire difficile au lendemain de la crise économique.*

*Les pays de l'OCDE sont parvenus à améliorer dans une mesure considérable l'état de santé de leur population au cours des dernières décennies. L'espérance de vie à la naissance s'est allongée, augmentant en moyenne de dix ans entre 1960 et 2008. Dans la quasi-totalité des pays, il existe, sous une forme ou une autre, une assurance publique ou privée couvrant le risque de maladie et les frais médicaux importants, et l'accès aux soins de santé de base est également devenu plus facile. Toutefois, ces progrès ont eu un coût – les pays ont été confrontés à des augmentations constantes de leurs dépenses de santé durant les dernières décennies. À l'avenir, des pressions à la hausse continueront de s'exercer sur les dépenses de santé des pays de l'OCDE en raison d'un certain nombre de facteurs, notamment l'évolution démographique, les progrès des techniques médicales et les attentes grandissantes des patients et des électeurs en général. Que peuvent faire les pays pour optimiser leurs ressources tout en gardant le cap sur les objectifs en matière de qualité et d'accès que la population compte bien voir atteints désormais ? Ce rapport étudie les différents instruments dont ils disposent pour rentabiliser leurs investissements dans les soins de santé.*

*Ce rapport est le fruit de la contribution de collègues de l'OCDE et extérieurs à l'Organisation. Michael Borowitz a coordonné le rapport. Le premier chapitre a été établi par David Morgan avec l'aide d'Eva Orosz ; le chapitre 2 par Howard Oxley ; le chapitre 3 par Valérie Paris ; le chapitre 4 par Michael Borowitz, le Professeur Richard Scheffler et Brent Fulton de l'Université de Californie à Berkeley ; le chapitre 5 par Michael Borowitz et Maria M. Hofmarcher de l'institut Gesundheit Österreich GmbH ; le chapitre 6 par Valérie Paris, avec l'aide de Rita Faria ; le chapitre 7 par Michael Borowitz et Elettra Ronchi. Marion Devaux a fourni une aide statistique pour plusieurs chapitres et le texte a été préparé pour publication par Isabelle Vallard et Judy Zinnemann. Les auteurs voudraient remercier Raphaëlle Bisiaux pour son assistance, et Tracey Strange et Marlène Mohier pour leur travail d'édition. De nombreux membres de la Division de la santé de l'OCDE ont formulé des commentaires sur un ou plusieurs chapitres. Mark Pearson, chef de la Division de la santé de l'OCDE, a supervisé la préparation du rapport et a fourni des observations utiles sur diverses versions. Des experts nationaux et des délégués auprès du Comité de la santé de l'OCDE ont participé de manière particulièrement active en faisant des suggestions concernant les questions qui devaient être abordées et en fournissant des informations sur les politiques et les évaluations nationales.*



## *Table des matières*

<b>Abréviations</b> .....	9
<b>Résumé</b> .....	13
<b>Chapitre 1. Quelle est la limite à ne pas dépasser ? L’optimisation des dépenses de santé</b> .....	21
1. Introduction .....	22
2. Évolution des dépenses de santé au cours des dernières décennies .....	25
3. Dépenses par type de services de soins .....	31
4. Facteurs en jeu dans les dépenses de santé .....	32
5. La viabilité financière sera-t-elle préoccupante à l’avenir ? .....	34
6. La viabilité budgétaire est-elle préoccupante aujourd’hui ? .....	37
7. Comment garantir la viabilité économique des systèmes de santé ? .....	40
8. Conclusions .....	41
Notes .....	41
Bibliographie .....	43
<b>Chapitre 2. Politiques de santé en période de restrictions budgétaires</b> .....	47
1. Introduction .....	48
2. Vue d’ensemble des options envisageables .....	51
3. Mesures agissant sur l’offre pour réduire les dépenses et améliorer le rapport coût-efficacité .....	53
4. Enjeux et mesures du côté de la demande .....	74
5. Conclusions .....	81
Notes .....	84
Bibliographie .....	88
<b>Chapitre 3. Prise de décisions rationnelles en matière d’allocation des ressources</b> .....	91
1. Introduction .....	92
2. Les gains d’efficacité potentiels .....	92
3. La médecine fondée sur les preuves et l’évaluation des technologies de santé peuvent aider à rationaliser l’offre de soins .....	98
4. Évaluation des technologies de santé .....	99
5. Emploi actuel de l’évaluation des technologies dans les pays de l’OCDE .....	101
6. L’impact de l’évaluation des technologies de santé .....	107
7. L’avenir de l’évaluation des technologies de santé .....	108
8. Conclusions .....	112
Notes .....	112
Bibliographie .....	114

<b>Chapitre 4. Améliorer l'efficacité des dépenses de santé en rémunérant la performance</b> .....	117
1. Introduction.....	118
2. La difficulté de définir et de mesurer la qualité des soins.....	118
3. Rémunérer la performance : un nouveau paradigme .....	120
4. Concevoir correctement le PàP : le problème multi-agents .....	121
5. Définir le PàP.....	122
6. Cadre de conception des programmes de PàP .....	123
7. Récompenser les fournisseurs de soins .....	125
8. Programmes de PàP dans les pays de l'OCDE.....	127
9. Conclusions.....	135
Notes .....	136
Bibliographie.....	137
<b>Chapitre 5. Mieux coordonner la prise en charge des maladies chroniques pour optimiser les ressources</b> .....	141
1. Introduction.....	142
2. L'évolution de la charge de morbidité dans les pays de l'OCDE .....	144
3. Adapter les systèmes de santé aux besoins des malades chroniques.....	145
4. Enquête de l'OCDE sur la coordination des soins.....	147
5. Modèles de coordination des soins .....	149
6. Gestion thérapeutique : l'effet sur la courbe des coûts reste à prouver .....	153
7. Améliorer le rapport coût-efficacité de la gestion thérapeutique .....	161
8. Savoir mettre à profit la coordination des soins .....	166
9. Conclusions.....	168
Notes .....	169
Bibliographie.....	171
<b>Chapitre 6. Optimiser les dépenses de médicaments</b> .....	175
1. Introduction .....	176
2. Les dépenses pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE .....	176
3. Les politiques de fixation des prix et de remboursement dans les pays de l'OCDE.....	181
4. Développements récents des politiques de fixation des prix et de remboursement .....	188
5. Efforts engagés pour développer le marché des génériques .....	196
6. Conclusions.....	203
Notes .....	204
Bibliographie.....	206
<b>Chapitre 7. Remodeler les systèmes de santé à l'aide des TIC</b> .....	209
1. Introduction.....	210
2. Ce que les TIC peuvent (et ne peuvent pas) apporter aux soins de santé .....	211
3. Comment les TIC peuvent améliorer l'efficacité des dépenses dans les soins de santé .....	213
4. L'utilisation des dossiers de santé électroniques progresse lentement, à quelques exceptions près .....	218
5. Plusieurs obstacles à surmonter pour généraliser l'adoption des TIC .....	220



6. Les TIC sont à la base d'une approche plus générale visant à améliorer les performances du système de santé.....	224
7. Conclusions.....	225
Bibliographie .....	227

## Tableaux

1.1. Projections réalisées par l'OCDE et par plusieurs pays : dépenses publiques de santé et de soins de longue durée, 2005 à 2050 .....	36
2.1. Mesures de limitation des dépenses de santé en période de restrictions budgétaires.....	52
2.2. Évolution du nombre de médecins pour 1 000 habitants, 1980-2008 .....	54
2.3. Évolution du nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants, 1980-2008 .....	55
2.4. Régulation des effectifs de médecins.....	58
2.5. Réglementation des équipements de haute technologie et des activités des hôpitaux .....	60
2.6. Réglementation des prix/honoraires des prestations médicales .....	62
2.7. Réglementation des tarifs des prestations hospitalières couvertes .....	63
2.8. Rigueur de la contrainte budgétaire .....	66
2.9. Mesures prises pour contrôler le volume de soins.....	71
2.10. Exemptions de la participation aux coûts.....	77
2.11. Filtrage de l'accès aux soins.....	81
3.1. Utilisation de l'évaluation des technologies de santé (ETS) dans les pays de l'OCDE.....	101
4.1. Définitions du paiement à la performance .....	123
4.2. Programmes de PàP et éléments mesurés dans les pays de l'OCDE.....	127
5.1. Problèmes de coordination des soins dans les pays de l'OCDE .....	146
5.2. Évaluation des initiatives de gestion thérapeutique du système américain Medicare .....	155
6.1. Mesures visant à promouvoir l'utilisation des médicaments génériques .....	197
7.1. Budgets courants des initiatives de TIC dans trois pays de l'OCDE .....	217
7.2. Budget total alloué par le gouvernement national dans deux pays de l'OCDE.....	218
7.3. Mesures visant à remédier au manque d'interopérabilité dans différents pays .....	223

## Graphiques

1.1. Part moyenne des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) des pays de l'OCDE.....	27
1.2. Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant, 1993-2008 .....	27
1.3. Croissance des dépenses totales de santé et du PIB dans les pays de l'OCDE, 1993-2008 .....	28
1.4. Croissance annuelle des dépenses totales de santé et du PIB, 1993-2008.....	28
1.5. Dépenses totales de santé par habitant en 1993 et croissance annuelle des dépenses, 1993 à 2008.....	30
1.6. Rapport entre la croissance des dépenses privées et publiques de santé, 1993-2008 .....	30
1.7. Évolution de la part des principaux types de soins dans les dépenses totales de santé, 2003-08 .....	32
1.8. Projections des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée, 2005-50 ....	34

1.9.	Prévision du rapport dette/PIB et du solde financier des administrations publiques, 2011 .....	38
1.10.	Part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales, 2008 .....	39
2.1.	Scénarios de dépenses de santé : impact potentiel des réformes .....	49
2.2.	Professionnels de santé pour 1 000 habitants, 2008 .....	56
2.3.	Lits de soins aigus dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, 1995 et 2008 .....	57
2.4.	Rapport infirmiers/médecins, 1995 et 2008 .....	57
2.5.	Parités de pouvoirs d'achat (PPA) pour les biens et services de santé, 2005 .....	61
2.6.	Pourcentage des soins avec hospitalisation dans les dépenses totales de santé, 1980, 1990, 2000 et 2008 .....	70
2.7.	Dépenses de santé, par composante, 2008 (ou année la plus récente).....	70
2.8.	Consultations de médecins et densité de médecins, 2008.....	75
2.9.	Sorties d'hôpital et nombre de lits par rapport à la population, 2008.....	75
2.10.	Dépenses à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé, 1990, 2000 et 2008 .....	78
3.1.	Variations internationales des pratiques médicales .....	93
3.2.	Variations locales des pratiques médicales .....	96
4.1.	Cadre des programmes de PàP.....	125
4.2.	Modèles de distribution des paiements en PàP et mise en œuvre .....	126
4.3.	Mécanismes du Value Incentive Programme en Corée .....	133
4.4.	Mesure composite de la qualité pour l'infarctus aigu du myocarde.....	134
5.1.	Améliorer les résultats en matière d'affections chroniques .....	145
5.2.	Stratification : améliorer la coordination et la personnalisation des soins.....	151
5.3.	Les programmes de gestion thérapeutique en Allemagne.....	157
5.4.	Les programmes de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 réduisent les frais hospitaliers .....	158
5.5.	Participation au programme de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 en Autriche, mai 2010 .....	159
5.6.	La dépression en médecine de premier recours.....	164
6.1.	Dépenses de médicaments en 2008 en proportion des dépenses totales de santé et du PIB, 2008.....	178
6.2.	Dépenses de médicaments par habitant, 2008 .....	178
6.3.	Dépenses de médicaments par source de financement, 2007.....	179
6.4.	Croissance des dépenses de médicaments, 2003 à 2008.....	179
6.5.	Typologie des remboursements de produits spécifiques et accords de prix .....	193
6.6.	Parts de marché des médicaments génériques en 2008.....	198
7.1.	Les effets de la télémédecine .....	214
7.2.	Utilisation des dossiers de santé électroniques en Finlande, en Norvège et aux États-Unis, 2007.....	220

## *Abréviations*

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis)
AIB	Analyse d'impact budgétaire
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CAD	Dollar canadien
CDI	Communicable Diseases Intelligence (Australie)
CEPMB	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (Canada)
CHF	Franc suisse
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services (États-Unis)
CNS	Compte national de la santé
DCI	Défibrillateur cardiovertteur implantable
DCI	Dénomination commune internationale
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
DIMDI	Deutscher Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Institut allemand d'information et de documentation médicales)
DME	Dossier médical électronique
DOQ	Doctor's Office Quality (États-Unis)
DQD	Dose quotidienne définie
DSE	Dossier de santé électronique
DTS	Dépenses totales en santé
ECR	Essai contrôlé randomisé
EGA	European Generic Medicines Association
ETS	Évaluation des technologies de santé
EUR	Euro
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Comité fédéral conjoint associant les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux et les médecins, Allemagne)
GBP	Livre sterling
GHM	Groupe homogène de malades

GMC	Gestion des maladies chroniques
GPII	General Practice Immunisation Incentive Scheme (Australie)
HAS	Haute autorité de santé (France)
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set (Medicare, États-Unis)
HIRA	Health Insurance Review Agency (Corée)
HMO	Health Maintenance Organisation (États-Unis)
IAM	Infarctus aigu du myocarde
ICP	Intervention coronarienne percutanée
IMC	Indice de masse corporelle
IMS	Intercontinental Medical Statistics
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IOM	Institute of Medicine (États-Unis)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Institut pour la qualité et l'efficience des soins de santé, Allemagne)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KP	Kaiser Permanente (États-Unis)
LDL	Lipoprotéine de basse densité
LFN	Läkemedelsförmånsnämnden (Conseil des prestations pharmaceutiques, Suède)
MCCD	Medicare Co-ordinated Care Demonstration (États-Unis)
MFP	Médecine fondée sur les preuves
NAO	National Audit Office (Royaume-Uni)
NEHEN	New England Healthcare Electronic Data Interchange Network
NHS	National Health Service (Royaume-Uni)
NICE	National Institute of Health and Clinical Excellence (Royaume-Uni)
NZD	Dollar néo-zélandais
OMS	Organisation mondiale de la santé
PàP	Paiement à la performance
PAS	Patient Access Scheme (Royaume-Uni)
PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme (Australie)
PHO	Primary Health Organisation (Nouvelle-Zélande)
PIB	Produit intérieur brut
PIP	Practice Incentives Program (Australie)
PMP	Performance Management Programme (Nouvelle-Zélande)
PPA	Parité de pouvoir d'achat

---

PPRI	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information
PPRS	Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme (Royaume-Uni)
PROM	Mesure des résultats déclarés par les patients (Royaume-Uni)
QALY	Année de vie ajustée par la qualité
QOF	Quality and Outcomes Framework (Royaume-Uni)
RCEI	Ratio coût-efficacité incrémental
R-D	Recherche et développement
SATI	Système d'archivage et de transmission d'images
SBU	Agence suédoise de l'évaluation des technologies de santé
SIDA	Syndrome immunodéficientaire acquis
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Conseil consultatif pour l'évaluation des progrès de la santé publique, Allemagne)
TIC	Technologies de l'information et des communications
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
USAID	United States Agency for International Development
USD	Dollar des États-Unis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIP	Value Incentive Programme (Corée)
WADP	Weighted Average Disclosed Price (Australie)



## Résumé

Durant les décennies écoulées, la santé de la population des pays de l'OCDE a marqué des progrès spectaculaires. Entre 1960 et 2008, l'espérance de vie à la naissance s'est allongée de dix années en moyenne. L'espérance de vie à 65 ans est aujourd'hui de 20 ans pour les femmes et de 17 ans pour les hommes. Si des inégalités socio-économiques persistent en ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux soins, la diminution de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé des populations se poursuivent à un rythme régulier. Ces résultats peuvent être en partie attribués à l'élévation des niveaux de revenu et d'instruction. Mais ils tiennent aussi pour beaucoup à l'amélioration des soins de santé eux-mêmes – évolutions technologiques et traitements basés sur la médecine fondée sur les preuves.

Les systèmes de santé peuvent se prévaloir d'une efficacité et d'une qualité inégalées jusqu'à présent. L'accès aux soins va lui aussi en s'améliorant. Des réformes récemment instaurées au Mexique et en Turquie donnent une couverture aux personnes démunies ou non assurées. Les États-Unis viennent d'adopter une législation qui va rendre l'assurance maladie obligatoire pour pratiquement tous les citoyens. Les pays de l'OCDE sont plus proches que jamais d'une couverture maladie universelle, ou presque, pour un ensemble de base de services de soins. Les réformes en la matière revêtent d'autant plus d'importance en période de récession que certaines familles voient diminuer leurs revenus, et que les coûts liés à un mauvais état de santé sont particulièrement difficiles à supporter.

La crise économique est lourde de conséquences pour les finances publiques. Celles-ci étant les premières sollicitées pour assumer les dépenses de santé, les difficultés budgétaires vont amener davantage les autorités à maîtriser les coûts et à mieux utiliser les deniers consacrés à la santé. Toutefois, ces objectifs immédiats s'inscrivent dans des tendances plus longues : les pressions à la hausse sur les dépenses de santé sont un phénomène inéluctable, alimenté par les innovations technologiques, les attentes de la population et le vieillissement démographique.

Les pouvoirs publics disposent d'un large éventail d'instruments pour maîtriser les coûts. Des mesures réglementaires de court terme peuvent provisoirement endiguer les dépenses, mais elles ont fréquemment des répercussions fâcheuses à long terme. En outre, elles ne contribuent guère à atténuer les pressions sous-jacentes qui, à moyen terme, orientent les dépenses de santé à la hausse. Des pistes intéressantes sont à explorer pour maîtriser les dépenses de santé à plus longue échéance en améliorant l'utilisation des ressources, notamment par une meilleure qualité des soins. Par ailleurs, il faut souvent consentir un investissement important au départ pour obtenir les résultats escomptés. D'où un dilemme pour beaucoup de pays, car les orientations ne sont pas toujours les mêmes selon qu'elles correspondent à des priorités de court ou de long terme.

Le présent ouvrage vise à dégager les politiques de santé les plus susceptibles d'apporter les meilleurs résultats au regard des moyens investis, en proposant une analyse

approfondie de l'évolution des dépenses de santé et des solutions qui s'offrent pour optimiser ces dépenses à court et long termes. Il passe en revue plusieurs pistes nouvelles pour une meilleure utilisation des ressources dans le secteur de la santé.

---

*Quelles sont les caractéristiques des dépenses de santé dans la zone OCDE ?*

---

Étant donné que les dépenses de santé sont financées aux trois quarts sur les budgets publics, l'allocation des ressources et l'efficacité des dépenses arrivent au premier plan des préoccupations, surtout en période de vaches maigres, compte tenu des difficultés rencontrées par les pays pour financer les déficits publics. Le chapitre 1 montre que la part des dépenses de santé dans l'économie atteint en moyenne 9 % pour la zone OCDE (2008). Elle est supérieure à 10 % dans sept pays membres – États-Unis, France, Suisse, Autriche, Allemagne, Canada et Belgique. Malgré un ralentissement entre 2003 et 2008, les dépenses de santé ont progressé plus vite que la croissance économique dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE durant les 15 dernières années. Les facteurs d'augmentation (progrès technologique, attentes de la population, accroissement des revenus et, à des degrés divers d'un pays à l'autre, vieillissement démographique) vont continuer d'orienter les dépenses de santé à la hausse. D'après les projections de l'OCDE, selon les hypothèses retenues, les dépenses publiques de santé pourraient croître de 50 à 90 % d'ici à 2050.

---

*Que font actuellement les pays de l'OCDE pour parer aux difficultés financières et comment devraient-ils procéder ensuite ?*

---

Cet examen intervient dans un contexte marqué par une des plus graves récessions de tous les temps, à un moment où les pays de l'OCDE s'attachent avant tout à concilier la recherche de gains d'efficacité et d'efficacités dans les systèmes de santé avec les objectifs d'accès aux soins et de qualité des prestations. Le chapitre 2 fait le point sur les solutions qui s'offrent aux pouvoirs publics pour assurer la viabilité financière des systèmes de santé, en évaluant leur impact possible.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les pouvoirs publics exercent un contrôle important sur les moyens mis en œuvre et les tarifs pratiqués dans les systèmes de santé. Le contrôle des intrants, le plafonnement des budgets ou le gel des tarifs peuvent, de façon significative, faire baisser les coûts ou modérer le rythme de croissance des dépenses de santé. Ces instruments ont été largement utilisés, avec une intensité qui a cependant varié dans le temps et d'un pays à l'autre. Les budgets de santé sont plafonnés presque partout, en particulier dans le secteur hospitalier. Les résultats s'avèrent surtout concluants dans les systèmes à payeur unique ou dans les pays où le financement et l'offre des services de santé sont intégrés.

L'encadrement des rémunérations – sur fond de modération salariale dans la fonction publique, en général – a été plus répandu dans les pays caractérisés par des systèmes de santé intégrés et là où les professionnels de santé sont salariés (dans le secteur hospitalier au Danemark, au Royaume-Uni et en Irlande, mais aussi en Finlande, en Espagne et en Suède). Dans les dispositifs de paiement à l'acte, les pays de l'OCDE ont pour la plupart maintenu un contrôle sur la tarification ou recouru à la fixation administrative des prix



(Japon et Corée), parfois à la suite d'un échec des négociations avec les prestataires (Australie, Belgique, Canada, France et Luxembourg).

S'ajoute l'utilisation généralisée d'instruments axés sur la demande. Par exemple, des révisions à la baisse de l'étendue des services couverts et du taux de couverture peuvent atténuer les pressions exercées sur les dépenses publiques. Cela suppose que les autorités compétentes opèrent des choix quant aux prestations couvertes ou exclues, et qu'une plus grande participation aux frais soit imposée aux patients. Or les dépenses à la charge du patient pèsent surtout sur les pauvres, au risque de limiter l'accès aux soins. Des programmes ciblés peuvent être indispensables pour protéger les plus démunis.

À en juger par l'exemple des pays qui ont rapidement réduit les dépenses de santé après les récessions antérieures, ces réductions n'ont qu'un temps. Il se pourrait même que les mesures prises pour limiter les coûts à court terme augmentent les dépenses à long terme – dès lors que les investissements nécessaires sont reportés à plus tard et que les initiatives de prévention souhaitables ne se concrétisent pas. Le prix à payer pour atténuer, même temporairement, les tensions sur les dépenses de santé peut être élevé. Bon nombre de mesures à court terme risquent de se répercuter négativement sur l'accès aux soins, l'équité de l'offre de services, l'adéquation aux besoins, la qualité de la prise en charge et l'adoption de nouvelles technologies intéressantes.

---

*Les traitements médicaux : sont-ils efficaces et leur financement est-il opportun ?*

---

Les patients, les prestataires et les payeurs ont tous intérêt à s'assurer que les systèmes de santé ne gaspillent pas les ressources. Beaucoup d'études ont mis en évidence de grandes variations dans les pratiques médicales, à l'échelle nationale et internationale, que des contextes épidémiologiques différents ne suffisent pas toujours à expliquer. Aux États-Unis, d'après l'Institute of Medicine, la moitié des soins sont encore dispensés en l'absence de toute preuve d'efficacité. Parallèlement, là où l'efficacité semble solidement étayée, les patients ne bénéficient pas toujours des traitements voulus. À titre d'illustration, la RAND Corporation a estimé en 2001 que plus de la moitié des soins prodigués aux adultes américains, pour un ensemble de 30 affections aiguës et chroniques, n'étaient pas conformes aux recommandations fondées sur des preuves.

Les éléments recueillis sur l'inadéquation des soins laissent entrevoir l'ampleur des gains d'efficacité à attendre d'une prise de décisions rationnelles en matière de soins cliniques. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peuvent venir éclairer le processus de décision au niveau du patient (recommandations de pratique clinique) ou du système (détermination de la couverture). La MFP et l'ETS aident à répondre à deux questions fondamentales pour un traitement médical : est-il efficace et son financement est-il opportun ?

Bien que les pays s'y intéressent de plus en plus, nombre d'entre eux n'ont pas encore tiré pleinement parti des possibilités offertes par la MFP et l'ETS. Certains seulement élaborent et diffusent activement des recommandations de pratique clinique pour éclairer les décisions des médecins et des patients. Même dans les pays où l'ETS est ancrée dans les institutions et les pratiques, les recommandations cliniques ne sont pas toujours communiquées de manière suffisamment efficace pour recueillir l'adhésion des médecins et des patients. Beaucoup de pays de l'OCDE ont adopté des structures ou des processus expressément conçus pour étayer les décisions des acheteurs concernant la prise en charge de médicaments ou de nouvelles technologies coûteuses, mais d'autres

types de services ne sont pas examinés d'aussi près. Si la MFP et l'ETS ont d'ores et déjà amélioré la transparence du processus de décision et contribué à vérifier que le coût de nouveaux investissements se justifie, il ne faudrait pas s'arrêter là.

---

*Les incitations peuvent-elles améliorer les performances et l'efficience ?*

---

Le chapitre 4 est consacré aux pays de l'OCDE qui expérimentent des méthodes inédites de rémunération des prestataires, et parfois des patients, pour améliorer la qualité des soins de santé, telles que le paiement à la performance (PàP) ou le paiement aux résultats. Les dispositifs qui testent de nouveaux modèles de récompense de la qualité se multiplient : dans des pays de l'OCDE comme les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne ; dans des pays à revenu intermédiaire comme le Brésil, la Chine et l'Inde ; et dans des pays à bas revenu comme le Rwanda. Il s'agit de voir, à l'aide d'indicateurs synthétiques de qualité, si d'autres modalités de rémunération des prestataires (hôpitaux, soins primaires, systèmes intégrés) apportent des améliorations sous l'angle à la fois de la *qualité* des soins et de l'*efficience* des sommes investies dans la santé.

Des programmes de PàP ont été largement instaurés dans les pays de l'OCDE, mais, bien souvent, les paramètres retenus pour les évaluer ne permettent pas de se prononcer définitivement sur leur impact en termes de qualité et de coût. Paradoxalement, c'est dans des pays à bas revenu que les dispositifs de PàP ont été le mieux évalués, grâce au fonds Health Results Innovation administré par la Banque mondiale. Les mécanismes incitatifs s'avèrent efficaces pour des interventions de santé publique prioritaires telles que le dépistage du cancer. Par ailleurs, le PàP peut sembler-t-il amener les médecins à suivre des recommandations de pratique clinique scientifiquement fondées concernant des affections chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Cependant, des problèmes ardu de mesure et de conception restent à résoudre.

---

*La coordination des soins peut-elle influencer sur le cours des choses ?*

---

Le chapitre 5 porte sur la complexité croissante des systèmes de soins de santé dans les pays de l'OCDE – prise en charge à différents niveaux, dans des cadres très divers et selon des formules compliquées de paiement associant des fonds d'assurance publics et privés. La multiplicité des prestataires, le non-respect des protocoles de soins, les incohérences des remboursements et la décentralisation des dossiers médicaux perdurent dans la plupart des systèmes de santé de la zone OCDE. À mesure qu'augmente le nombre de malades chroniques recevant des soins de plusieurs prestataires, le cloisonnement des systèmes de santé est de plus en plus problématique. D'où des désagréments pour les patients, conjugués à des soins inefficaces et peu sûrs.

Les problèmes de santé que les systèmes doivent gérer ont évolué eux aussi. Les affections chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, le diabète et les troubles mentaux, représentent maintenant le segment le plus important de la charge de morbidité et un pourcentage élevé des dépenses de santé. L'OMS a estimé que 60 % des décès à travers le monde étaient dus à des affections chroniques (hors VIH/SIDA), le pourcentage étant de 86 % pour la Région européenne. Les progrès économiques et médicaux permettant de vivre plus longtemps sont allés de pair avec certaines évolutions des modes de vie qui contribuent à

l'augmentation de maladies chroniques telles que le diabète, les cardiopathies et les cancers. En fait, les soins de santé peuvent désormais garder en vie des personnes souffrant de maladies qui leur auraient été fatales dans un passé parfois récent.

Jusqu'à présent, la complexité des circuits de financement et les difficultés de transmission électronique des dossiers médicaux entre prestataires font obstacle à la coordination des soins. Par ailleurs, les incitations à proposer pour que les soins hospitaliers et les soins primaires soient mieux coordonnés ne vont pas de soi. Pour remédier à ces problèmes, plusieurs formules novatrices ont été expérimentées, de façon notamment à intégrer les soins de premier recours et les hôpitaux, et à rétribuer les médecins qui parviennent à coordonner plus efficacement la prise en charge. Toutefois, les résultats s'avèrent mitigés. Certaines initiatives ont fait quelque peu baisser les coûts, mais elles ont plus souvent contribué à améliorer la qualité des soins (et, par conséquent, à mieux utiliser les ressources).

Des perspectives intéressantes se dessinent concernant la santé mentale, en particulier la prise en charge de la dépression et de la schizophrénie, ainsi que les soins palliatifs destinés aux patients souffrant de pathologies multiples. Les modèles concluants dans ces domaines se caractérisent par des équipes pluridisciplinaires articulant soins primaires et soins spécialisés, un coordonnateur de soins et une plus grande responsabilisation du patient. Par ailleurs, l'utilisation de « modèles prédictifs » pour réserver les programmes de gestion thérapeutique coûteux aux patients les plus susceptibles d'en tirer profit peut améliorer le rapport coût-efficacité des programmes en question. Dans d'autres domaines, l'impossibilité de réduire les coûts peut s'expliquer comme suit : d'une part, la coordination elle-même a un prix, et, d'autre part, il n'est pas réaliste d'espérer réaliser des économies en traitant des patients qui présentent de lourdes co-morbidités.

Le rôle des patients dans le processus de soins a également pris beaucoup plus d'importance ces dernières années. Pourtant, le meilleur moyen de les impliquer est très difficile à déterminer, ne serait-ce que parce que la réceptivité aux informations, aux conseils et aux consignes de traitement varie grandement d'une personne à l'autre.

---

### *Comment peut-on optimiser les dépenses de médicaments ?*

---

Les politiques pharmaceutiques des pays de l'OCDE cherchent à concilier trois grands objectifs : favoriser l'accès des patients à des médicaments d'un coût abordable, contenir la progression des dépenses publiques et proposer des incitations propices à de futures innovations.

Les dépenses pharmaceutiques représentent, en moyenne, 17 % de l'ensemble des montants consacrés à la santé par les pays de l'OCDE, les pourcentages allant de 8 % en Norvège à 32 % en Hongrie. Elles ont longtemps progressé plus vite que les dépenses totales en santé (DTS), mais cette tendance s'est aujourd'hui inversée : entre 2003 et 2008, les dépenses réelles de médicaments ont augmenté, en moyenne, de 3.1 % par an dans les pays de l'OCDE, contre 4.5 % pour les DTS. La croissance des dépenses de médicaments a dépassé celle des DTS dans neuf pays membres seulement.

Les décideurs se sont efforcés de contenir la progression des dépenses de médicaments par une régulation visant à la fois les prix et les volumes, ainsi que par des mesures axées sur des produits particuliers (notamment par le biais de rabais) ou augmentant la part des coûts à la charge des usagers. Il y a peu, des réductions de prix ont

été annoncées pour certains médicaments remboursés dans plusieurs pays (par exemple en Irlande et en Grèce).

Aujourd'hui, le souci majeur des décideurs est que les politiques actuelles de prix et de remboursement ne conduisent pas toujours à une utilisation efficiente des ressources. Ainsi par exemple, plusieurs pays n'exploitent pas pleinement le potentiel qu'offrent les marchés hors brevet. En 2008, la part des génériques sur les marchés des médicaments ne dépassait pas 15 % en Irlande, tandis qu'elle atteignait 75 % en Pologne. Les pays de l'OCDE ont pris des dispositions pour promouvoir l'utilisation des génériques : presque tous ont donné aux médecins la possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (DCI), et aux pharmaciens le droit de remplacer les produits de marque par des génériques. Toutefois, là où le taux de pénétration des génériques est faible, des incitations plus convaincantes sont peut-être indispensables en direction des fournisseurs et des patients. Par ailleurs, sur certains marchés des génériques plus développés, les consommateurs et les payeurs ne profitent pas toujours de la concurrence par les prix parce que les remises accordées aux pharmaciens par les fabricants de génériques ne sont pas répercutées. Quelques pays ont tenté d'y remédier par des procédures d'appels d'offres (Allemagne, Pays-Bas) ou par la révision périodique des prix de remboursement en fonction de l'évolution du marché (Australie).

Les décideurs s'inquiètent aussi, à juste titre, de l'arrivée de nouveaux médicaments très coûteux dont l'efficacité clinique est faible ou incertaine. Si ces produits peuvent avoir une importance pour l'innovation à venir, les payeurs publics ne sont pas toujours disposés à supporter le prix de médicaments présentant un rapport coût-efficacité peu favorable et/ou apportant des bienfaits incertains. D'un autre côté, les usagers exercent souvent de fortes pressions en faveur de la prise en charge de nouveaux traitements. Face à ce dilemme, les payeurs publics emploient désormais des méthodes de paiement originales : des accords sont conclus pour certains produits de manière à partager le risque (de réaction clinique négative) avec les fabricants ou à plafonner les dépenses publiques. Ces accords sont prometteurs, mais ils devraient faire l'objet d'une évaluation rigoureuse accessible à tous.

---

*En quoi les technologies de l'information peuvent-elles être un bon investissement en matière de santé ?*

---

Alors que les technologies de l'information et des communications (TIC) devraient améliorer l'utilisation des ressources, le secteur de la santé a beaucoup de retard à rattraper, par rapport à d'autres composantes de l'économie, pour en tirer des gains de productivité. Le chapitre 7 montre que les TIC peuvent grandement moderniser la prestation des soins de santé – en réduisant les erreurs médicales, en améliorant les soins cliniques par l'observance de recommandations fondées sur des preuves scientifiques, et en évitant les doublons et le gaspillage pour les trajectoires de soins complexes. Il passe en revue les obstacles qui empêchent de tirer le meilleur parti des TIC, notamment les impératifs de protection de la vie privée, l'absence de normes communes et le manque de coordination entre les systèmes, ainsi que les raisons expliquant la lenteur de la mise en place des dossiers de santé électroniques dans la plupart des pays.

Parmi les applications d'emblée les plus prometteuses, il faut citer la coordination de la prise en charge des maladies chroniques, les professionnels pouvant partager les

informations pour appréhender des cas complexes, et la possibilité donnée aux patients de se prendre davantage en main.

Il importe de définir un nouveau modèle économique pour les TIC, afin que les financements aillent là où les coûts se font sentir, au lieu de rester du côté des bénéficiaires. Dans les conditions actuelles, les prestataires supportent la plus grande partie des coûts, voire la totalité, sans guère en recueillir les avantages, en tête desquels arrivent l'amélioration des résultats pour les patients et la réduction des coûts liés aux soins aigus.

La gouvernance des TIC laisse à désirer. La gestion de projets complexes pose des problèmes considérables, et les ministères de la santé ne s'en sont pas très bien sortis. L'objectif ultime, à savoir changer la manière dont les soins de santé sont prodigués, est occulté par des détails de conception technique. Les autorités doivent instaurer des normes arrêtées en commun et appliquées de manière uniforme pour assurer la communication entre les prestataires de soins de santé. Alors que les organismes de santé ont accès à des produits informatiques toujours plus nombreux, dans bien des cas leurs systèmes ne peuvent pas communiquer, ce qui empêche de partager les informations. Les « liaisons » continuent de soulever de sérieuses difficultés. Les systèmes de dossiers de santé électroniques doivent être interopérables, et l'information clinique doit rester exploitable après transmission, que ce soit entre des systèmes différents ou entre différentes versions d'un même logiciel. Il faut aussi que cette information soit collectée d'une manière systématique si l'on veut réaliser une analyse secondaire efficace. Les TIC ne pourront porter tous leurs fruits, en termes d'amélioration de la santé des patients à moindre coût, que si les informations sont largement partagées.

---

### *Conclusions*

---

Étant donné l'état de leurs finances publiques, certains pays peuvent être amenés à limiter de toute urgence les dépenses de santé. L'expérience passée montre que c'est possible. Elle montre également que la démarche peut avoir des conséquences fâcheuses, en sacrifiant d'importants objectifs de la politique de santé, et en reportant simplement les dépenses à plus tard. Lorsqu'ils définissent la marche à suivre pour parer au plus pressé, à savoir réduire les dépenses, les pays ne doivent pas perdre de vue les enjeux à long terme.

Ces enjeux à long terme sont en réalité bien plus préoccupants que la conjoncture budgétaire. La montée en puissance des dépenses de santé est inévitable. Les décideurs en la matière doivent veiller à ce que les ressources supplémentaires soient utilisées à bon escient. Car il n'en va pas automatiquement ainsi ; les systèmes de santé ne sont pas une composante « normale » de l'économie, dans laquelle les mécanismes du marché parviennent plus ou moins à promouvoir l'innovation, la réactivité, l'efficacité et la qualité. Pour que l'amélioration des résultats en termes de santé se poursuive à un coût raisonnable, les autorités compétentes doivent faire en sorte que les soins médicaux s'inscrivent dans un cadre propice, d'où la nécessité de revoir sérieusement le fonctionnement des systèmes de santé. Comme indiqué dans cet ouvrage, certains des changements à apporter supposent que l'on dépense plus aujourd'hui, pour obtenir des gains d'efficacité accrus demain. Il reste aux décideurs, et ce n'est pas la moindre difficulté, à voir comment de tels gains peuvent se concrétiser dans un contexte où l'argent manque pour la santé.



## Chapitre 1

### **Quelle est la limite à ne pas dépasser ? L'optimisation des dépenses de santé**

*Ce chapitre présente d'abord les tendances enregistrées durant la période écoulée – en particulier depuis une quinzaine d'années – par les dépenses de santé et leurs composantes. Sont ensuite évoqués les principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé, et les pressions à la hausse dans le futur. Après une évaluation rapide des conditions macroéconomiques auxquelles sont confrontés les pays de l'OCDE, compte tenu des dernières projections relatives à leur situation financière, le chapitre se termine par un examen de travaux empiriques récents sur le degré d'inefficience des systèmes, laissant entendre qu'il est possible de prendre en compte les impératifs de viabilité, financière ou économique, en améliorant l'utilisation des ressources pour la rendre aussi efficiente que dans les pays les plus performants.*

## 1. Introduction

Au cours des dernières décennies, la santé de la population des pays membres de l'OCDE s'est considérablement améliorée. Entre 1960 et 2008, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de dix ans en moyenne. L'évolution a été encore plus spectaculaire chez les personnes âgées. En effet, l'espérance de vie après 65 ans est aujourd'hui de 20 ans pour une femme et de 17 ans pour un homme. Si des inégalités socio-économiques persistent en ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux soins, la mortalité infantile diminue et la santé de la population s'améliore régulièrement depuis quelques dizaines d'années (OCDE, 2009a). Les niveaux de morbidité ont chuté et la mortalité infantile est aujourd'hui cinq fois plus faible qu'en 1960.

Ces résultats peuvent être attribués en partie à l'augmentation des revenus et à l'élévation des niveaux d'éducation. Mais ils tiennent aussi pour beaucoup à l'amélioration des soins de santé eux-mêmes. Les évolutions technologiques ont apporté de meilleurs traitements et des retombées bénéfiques pour une plus grande partie de la population. Par exemple, les progrès de l'anesthésie et la chirurgie non invasive permettent désormais d'opérer un plus grand nombre de patients âgés avec une meilleure prise en charge de la douleur et un temps de récupération plus court. En l'espace de quelques années, des avancées considérables sont à signaler concernant le traitement des accidents vasculaires cérébraux et des pathologies cardiaques, d'où une réduction spectaculaire des taux de mortalité due à ces maladies. La santé publique s'est également améliorée grâce à des niveaux d'immunisation plus élevés qui ont permis de limiter la propagation des maladies transmissibles.

Les systèmes de santé ont par ailleurs évolué : dans la quasi-totalité des pays, il existe, sous une forme ou une autre, une assurance publique ou privée couvrant le risque de maladie et les frais médicaux élevés, et l'accès à des soins médicaux de qualité est également devenu plus facile. Les pays moins développés de l'OCDE ont progressé dans ce domaine : le Mexique et la Turquie ont élargi la couverture des risques de maladie aux plus défavorisés. L'adoption d'une réforme historique en matière de santé aux États-Unis ouvre la voie à l'assurance maladie obligatoire pour une plus grande partie de la population. L'amélioration de la pratique médicale s'est accompagnée d'efforts pour réduire la prestation de services inadaptés et remédier aux problèmes de qualité des soins.

Dans la zone OCDE, par rapport au passé, les systèmes de santé sont plus efficaces, dispensent des soins de meilleure qualité et donnent accès aux soins de santé à une plus grande partie de la population. Toutefois, ces progrès ont un coût. Les pays ont vu régulièrement augmenter leurs dépenses de santé au cours des dernières décennies. Au total, ces dépenses atteignent aujourd'hui, en moyenne, 9 % du PIB dans les pays de l'OCDE, sept pays enregistrant un pourcentage supérieur à 10 % (États-Unis, France, Suisse, Autriche, Allemagne, Canada et Belgique), contre trois seulement il y a cinq ans. Le volume, la nature et le taux de croissance des dépenses de santé sont extrêmement variables d'un pays à l'autre, de même que les résultats obtenus en termes sanitaires.

À l'avenir, les pressions à la hausse sur les dépenses de santé sont appelées à se poursuivre dans les pays de l'OCDE, compte tenu d'un certain nombre de facteurs, tels que l'évolution démographique, les progrès des techniques médicales et les attentes grandissantes des patients et des électeurs en général. Les dépenses de santé étant pour une grande majorité financées par les deniers publics dans la plupart des pays, ces



demandes croissantes de services de santé doivent être envisagées dans le contexte actuel de restrictions budgétaires de plus en plus importantes.

Tel est donc le défi à relever pour les systèmes de santé. À la question sur le rapport qualité-prix, est-il possible de répondre que les ressources consacrées à la santé sont utilisées de façon optimale ?

Le fait de parler d'« optimisation » des dépenses de santé est parfois considéré comme une manière codée de parler de « compression » des dépenses. Cette notion recouvre ici un tout autre sens. Il s'agit plutôt de voir si les avantages procurés par les dépenses sont supérieurs aux ressources qu'elles mobilisent. L'utilisation optimale des fonds disponibles peut certes passer par la réduction des coûts, mais elle peut aussi consister à améliorer les prestations auxquelles nous tenons dans nos systèmes de santé.

Il existe autant de cadres différents pour observer les effets bénéfiques ou les objectifs des systèmes de santé que de spécialistes de la question<sup>1</sup>, mais les approches sont en fait très comparables. L'OCDE analyse les systèmes de santé en fonction de quatre critères ou objectifs principaux.

- *Premier critère* : voir si les systèmes de santé fournissent un large accès aux services de santé et une assurance adéquate couvrant le coût des soins pour la population en général, et ce de manière équitable.
- *Deuxième critère* : voir si la qualité des soins dispensés est élevée et si les prestataires de soins répondent aux besoins des patients/consommateurs.
- *Troisième critère* : voir si le coût du système de santé est supportable à long terme, étant donné les restrictions et les choix politiques imposés par les ressources financières totales de l'État et les demandes de financement public émanant d'autres domaines comme l'éducation.
- *Quatrième critère* : voir si les soins sont dispensés de manière efficiente et efficace.

Les deux premiers critères visent à apprécier la performance des systèmes de santé en matière de prestation de soins et à déterminer dans quelle mesure les services de soins sont de qualité et adaptés aux besoins des patients. Les deux derniers critères permettent de voir si les ressources sont adéquates et utilisées à bon escient.

En outre, bien que cet aspect ne soit la plupart du temps pas inclus dans les objectifs du système de santé, la santé est aussi un secteur qui pèse lourd dans l'économie, et qui est généralement soumis au contrôle de l'État sous une forme ou sous une autre. Autrement dit, il arrive que les pouvoirs publics fassent du système de santé un instrument au service de politiques économiques plus larges. Par exemple, lors de la récente récession, les dépenses consacrées à la santé ont joué un rôle de stabilisateur automatique de l'économie, et permis de créer des emplois alors que la plupart des autres secteurs étaient en déclin.

L'importance que les États accordent aux objectifs des politiques de santé est, bien sûr, variable dans le temps et selon les pays, pour de très bonnes raisons. Les pays peuvent légitimement avoir des priorités différentes, qui reflètent leurs préférences et leurs besoins sociétaux particuliers. Les priorités peuvent aussi varier dans le temps en fonction des situations économiques, des besoins de soins de santé, des attentes de la population et des progrès de la médecine. En fait, la solution optimale pourrait résider dans une double démarche : consolider les systèmes de santé, par une augmentation nette

des dépenses, pour exploiter les possibilités offertes par les nouvelles technologies et répondre à des besoins toujours insatisfaits, tout en recherchant des gains d'efficacité.

De fortes disparités subsistent entre les pays, qu'il s'agisse du volume des ressources allouées à la santé ou de l'efficacité et de l'efficacités avec lesquelles ces ressources sont utilisées. Or, certaines disparités observées quant à l'état de santé de la population ne semblent que faiblement liées au niveau des ressources consacrées aux soins de santé. Certains pays « optimisent » certainement mieux que d'autres leurs dépenses de santé. En théorie, pour les pays ayant un système de santé faiblement performant, la bonne stratégie consisterait à mieux gérer les dépenses plutôt que de chercher à accroître globalement celles-ci. Toutefois, il est extrêmement difficile de déterminer en quoi les dépenses d'un pays sont inefficaces. Les systèmes de santé sont complexes, il existe de multiples objectifs, et les informations laissent souvent à désirer.

S'il est difficile de réaffecter les ressources de secteurs faiblement performants des systèmes de santé, de nouvelles ressources seront nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins de soins. Mais comment les responsables de l'action gouvernementale doivent-ils décider si ces dépenses sont justifiées ? L'estimation du volume de ressources publiques à investir dans les soins de santé à un moment donné peut s'appuyer sur deux indicateurs de « viabilité » différents (Thomson *et al.*, 2009).

- D'une part, tant que la valeur produite par les soins de santé est supérieure à leur coût d'opportunité, c'est-à-dire à la valeur que l'on aurait pu tirer de dépenses effectuées dans d'autres domaines, la croissance des dépenses de santé peut être considérée comme *économiquement viable*. Dès lors que ce coût devient trop élevé et que des gains plus importants peuvent être obtenus si les dépenses sont réalisées ailleurs (soit dans le secteur privé, soit au titre d'autres postes de dépenses publiques), alors les dépenses de santé cessent d'être économiquement viables.
- D'autre part, la *viabilité financière* devient problématique lorsque les États ne sont pas à même de maintenir les ressources à un niveau inchangé, faute de capacité ou de volonté à prélever suffisamment de recettes, et lorsqu'ils ne peuvent ou ne veulent pas « évincer » davantage d'autres formes de dépenses publiques.

Par conséquent, l'augmentation des dépenses de santé peut être viable économiquement sans l'être financièrement. Force est de reconnaître que, dans certains pays, « l'utilisation optimale des ressources » ne suffit pas pour assurer la viabilité des systèmes. Lorsque la contrainte budgétaire est forte, les systèmes de santé doivent trouver de nouvelles sources de financement (dont la plupart ont leurs propres inconvénients) pour éviter de différer des dépenses de santé dont les avantages sont supérieurs aux ressources qu'elles mobilisent. Certains des problèmes auxquels les pays sont actuellement confrontés sont dus non pas au fait que le système de santé gère mal ses dépenses, mais au fait que ces pays ne peuvent prélever suffisamment de ressources en raison de la conjoncture économique. De nombreux pays de l'OCDE se trouvent sans doute actuellement dans cette situation.

Le présent rapport *ne saurait* prétendre aborder tous les aspects pouvant intervenir dans l'instauration de systèmes de santé hautement performants. Les différentes formes de financement de la santé, ou le rôle que devrait jouer la concurrence dans les systèmes de santé, entre autres exemples, ne sont pas examinés en détail. L'accent est plutôt mis sur les initiatives les plus prometteuses prises par les pays pour mieux « optimiser » les dépenses de santé.

Ce chapitre introductif porte d'abord sur les tendances enregistrées dans la période écoulée – en particulier depuis une quinzaine d'années – par les dépenses de santé et leurs composantes. Au-delà de l'analyse de la moyenne OCDE, il tente de dégager des caractéristiques communes à différents groupes de pays. Sont ensuite évoqués les principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé, et les pressions à la hausse dans le futur. Après une évaluation rapide des conditions macroéconomiques auxquelles sont confrontés les pays de l'OCDE, compte tenu des dernières projections relatives à leur situation financière, le chapitre se termine par un examen de travaux empiriques récents sur le degré d'inefficience des systèmes, laissant entendre qu'il est possible de prendre en compte les impératifs de viabilité, financière ou économique, en améliorant l'utilisation des ressources pour la rendre aussi efficiente que dans les pays les plus performants.

Le chapitre 2 passe en revue les divers moyens d'action et instruments d'intervention susceptibles d'influer sur les coûts des soins de santé, les prestations et/ou le lien entre les deux, qu'ils aient été conçus dans une optique à court terme ou qu'ils visent à modifier la trajectoire de dépenses à plus long terme en transformant les modalités d'organisation et d'administration des systèmes de soins médicaux.

Le reste du rapport donne des éclaircissements sur les initiatives qui peuvent soit assurer la même prise en charge à moindre coût, soit améliorer l'accès à des services médicaux de qualité à un prix raisonnable, à savoir :

- Un processus de décision systématique et rationnel pour la définition du panier de soins couverts, l'adoption de nouvelles technologies et l'application de la médecine fondée sur les preuves (chapitre 3) ;
- Le rôle de la « rémunération à la performance », récompense accordée aux prestataires qui utilisent les ressources de façon optimale en proposant des soins et des analyses de meilleure qualité (chapitre 4) ;
- Les efforts d'optimisation des dépenses consistant à réduire la demande de soins grâce à une coordination plus étroite entre les intervenants en matière de santé (chapitre 5) ;
- Les dispositions à prendre pour tirer le meilleur parti possible des dépenses pharmaceutiques (chapitre 6) ; et
- Les éléments montrant dans quelle mesure, en matière de santé, un investissement accru dans les TIC pourrait améliorer l'accès, réduire les coûts et améliorer la qualité des soins (chapitre 7).

## 2. Évolution des dépenses de santé au cours des dernières décennies

### *Croissance des dépenses totales de santé*

Comme indiqué dans la section précédente, les dépenses de santé ont connu une hausse quasiment ininterrompue ces dernières décennies, et atteignaient près de 9 % du PIB en 2008 (graphique 1.1). Durant les 15 années précédentes, les dépenses réelles de santé par habitant ont enregistré une croissance annuelle de 3.9 % en moyenne dans la zone OCDE (graphique 1.2). À titre de comparaison, le PIB a augmenté de 2.6 % par an environ. Tandis que le taux moyen de croissance économique est resté relativement stable durant cette période, la croissance des dépenses de santé a été plus variable (graphique 1.3). Au milieu des années 90, les gouvernements de certains pays de l'OCDE ont mis en place des mesures de maîtrise des coûts, compte tenu de l'accélération des

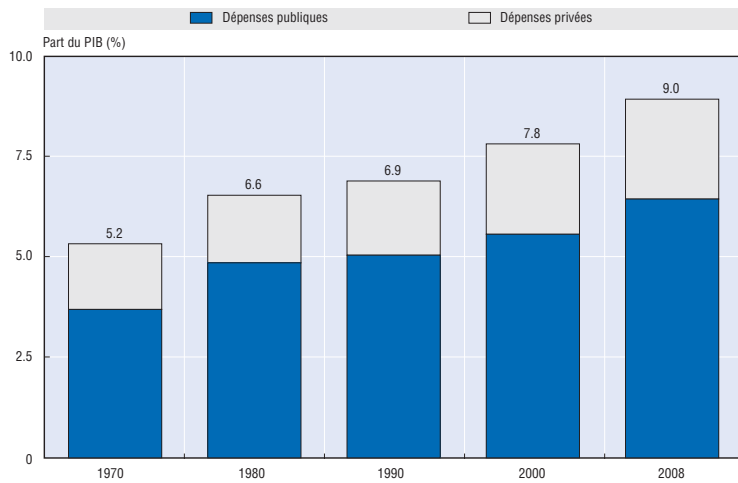
dépenses de santé observée au début de la décennie. D'où une progression des dépenses de santé globalement comparable à celle du PIB en moyenne (Huber et Orosz, 2003). Ce ralentissement n'a cependant été que temporaire. Les dépenses de santé ont recommencé à augmenter rapidement vers la fin des années 90, en raison des politiques délibérément instaurées par un certain nombre de pays de l'OCDE pour atténuer l'effet des mesures restrictives précédentes (Canada, Royaume-Uni et Irlande, par exemple). Les contrôles budgétaires plus étroits adoptés dans ces pays avaient limité à la fois la capacité de soins et le niveau d'activité. Aux États-Unis, le rejet de certaines des formes les plus restrictives de *disease management* dans l'année 1990 s'est traduit par un certain assouplissement, parallèlement à une augmentation rapide des coûts (Colombo et Morgan, 2006).

### ***De fortes disparités entre les pays***

Le volume et le rythme de progression des dépenses de santé sont très variables d'un pays de l'OCDE à l'autre. L'évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB dépend à la fois du taux de croissance du PIB et du taux de croissance des dépenses de santé elles-mêmes (graphique 1.4). Compte tenu de cet effet combiné, un certain degré de convergence peut être observé entre les pays de l'OCDE concernant la part des dépenses de santé dans le PIB. Différentes catégories se dessinent, selon les caractéristiques de croissance économique et d'évolution des dépenses de santé durant la période considérée.

- Plusieurs pays à haut revenu, comme le Canada et certains pays scandinaves, ont affiché une croissance économique régulière supérieure à 2 % par an, mais l'essor des systèmes de santé financés essentiellement par des deniers publics a été freiné. Au Canada et en Finlande, les dépenses ont été respectivement limitées par les autorités provinciales et municipales, dans le contexte de récession du début des années 90, face à des déficits publics en augmentation. Toutefois, depuis la fin des années 90, la progression des dépenses de santé a largement dépassé celle du PIB dans ces deux pays.
- Au Royaume-Uni et en Australie – caractérisés l'un et l'autre par une croissance économique modérée à forte durant la période considérée –, la croissance des dépenses de santé l'a généralement emporté sur celle de l'économie. Les pressions en faveur d'une maîtrise des coûts ont peut-être été moins fortes et, dans le cas du Royaume-Uni, l'allocation de ressources publiques supplémentaires au titre de la santé est devenue la règle vers la fin des années 90.
- En Allemagne et en Italie, l'atonie de la croissance économique a peut-être contribué à limiter les dépenses de santé, et jugulé ainsi toute augmentation significative du ratio dépenses de santé/PIB. Les dépenses de santé par habitant ont progressé, en termes réels, de 2 % par an en moyenne dans les deux pays. En revanche, dans d'autres pays où la croissance économique était faible, comme le Japon, la France et la Belgique, l'augmentation globale des dépenses de santé a été bien supérieure à celle du PIB, d'où un ratio dépenses/PIB plus élevé.

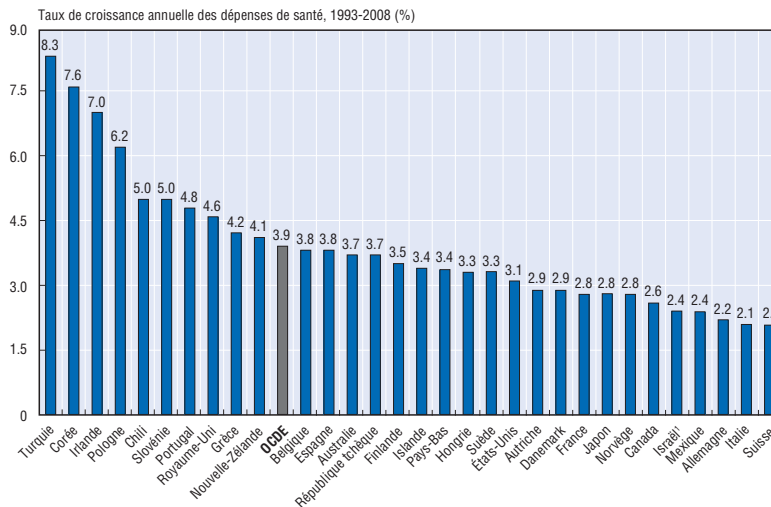
**Graphique 1.1. Part moyenne des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) des pays de l'OCDE**



Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331296>

**Graphique 1.2. Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant, 1993-2008**

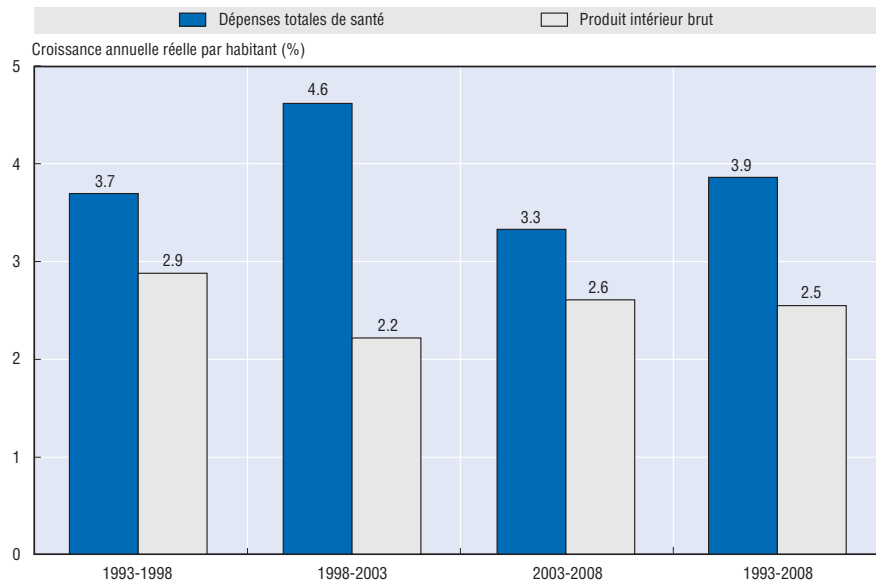


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331315>

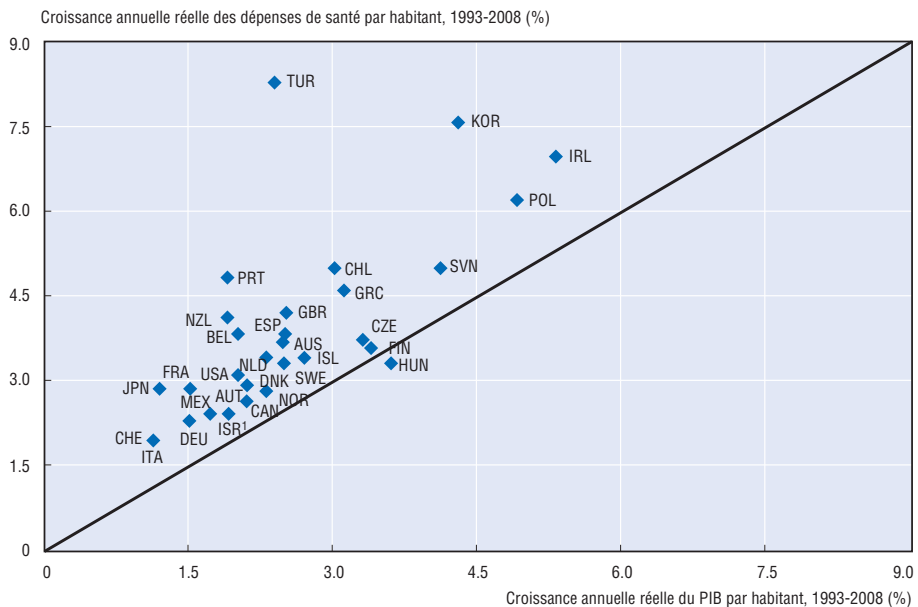
**Graphique 1.3. Croissance des dépenses totales de santé et du PIB dans les pays de l'OCDE, 1993-2008**



Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331334>

**Graphique 1.4. Croissance annuelle des dépenses totales de santé et du PIB, 1993-2008**



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331353>

- Dans certains des pays à faible revenu de l'OCDE, la vigueur relative de la croissance économique à long terme a été plus que compensée par d'importantes hausses des dépenses de santé. Ce constat vaut pour l'Irlande, la Corée, la Pologne et la Turquie. Dans d'autres pays, tels que la République tchèque et la Slovaquie, la croissance économique a aussi été relativement forte, mais – à la différence des exemples précités – la progression des dépenses de santé, bien que marquée, n'a pas sensiblement dépassé celle de l'économie dans son ensemble, d'où un accroissement modéré du ratio dépenses/PIB. Ce ratio a même baissé en Hongrie durant la période considérée.
- Enfin, des pays comme le Portugal (et, dans une moindre mesure, le Mexique) ont affiché une croissance plutôt forte des dépenses de santé, contrastant avec la lenteur du développement économique. Malgré l'absence d'amélioration, voire la dégradation, de leur position économique relative (en termes de PIB par habitant, par rapport aux autres pays de l'OCDE), les ressources consacrées au système de soins de santé ont sensiblement augmenté.

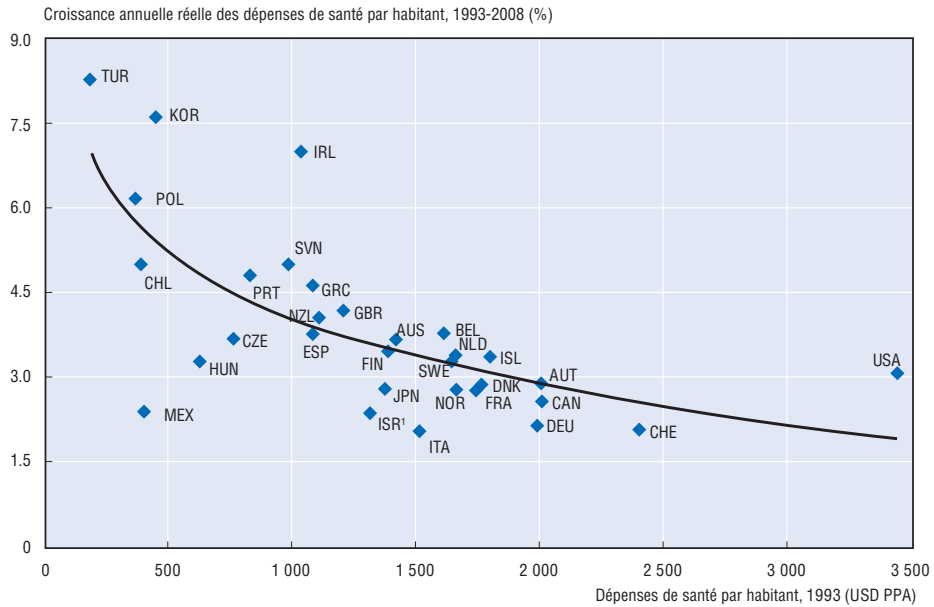
### *Évolution des dépenses dans le temps et rattrapage*

En matière de croissance des dépenses de santé par habitant, les différences très marquées évoquées ci-dessus entre les pays de l'OCDE résultent de la diversité des évolutions économiques et des orientations retenues. Plusieurs pays membres, essentiellement à faible revenu, ont délibérément choisi de financer le développement et l'amélioration de leurs systèmes de santé afin de les aligner sur les normes de l'OCDE en ce qui concerne la prise en charge et l'accès aux soins. La Corée et la Turquie, par exemple, ont mis en place d'importantes réformes visant à accroître la couverture maladie de leur population. Certains pays d'Europe orientale ont également connu une augmentation rapide de leurs dépenses de santé.

D'autres pays, pour la plupart à revenu élevé, ont cherché à maîtriser leurs coûts et y sont parvenus. La croissance annuelle réelle des dépenses de santé par habitant, qui s'est établie à 2 % environ en Italie, en Allemagne et en Suisse, a largement dépassé 6 % en Irlande, en Corée et en Turquie (graphique 1.5). On a donc assisté à un « rattrapage » ou à une convergence des dépenses de santé entre les pays.

La part publique des dépenses totales de santé est restée relativement stable en moyenne dans les pays de l'OCDE depuis le début des années 90. Cela étant, l'écart tend également à se réduire entre les pays en ce qui concerne les parts relatives des financements public et privé des soins (graphique 1.6). Autrement dit, les pays dans lesquels la part publique des dépenses de santé était relativement importante, et où le marché de l'assurance privée ou les dispositifs de partage des coûts étaient souvent moins développés au début des années 90 (République tchèque, Pologne et Hongrie, par exemple), ont par la suite enregistré une croissance plus rapide des dépenses privées. En revanche, dans les pays où la part publique des dépenses de santé était relativement faible au début des années 90, les dépenses publiques sont en général devenues le principal facteur d'accroissement global des dépenses de santé. Il faut citer à cet égard la Corée, le Portugal et l'Irlande, qui, comme indiqué précédemment, ont délibérément pris des dispositions pour étendre la couverture maladie ou investir massivement dans les systèmes de santé<sup>2</sup>.

**Graphique 1.5. Dépenses totales de santé par habitant en 1993 et croissance annuelle des dépenses, 1993-2008**

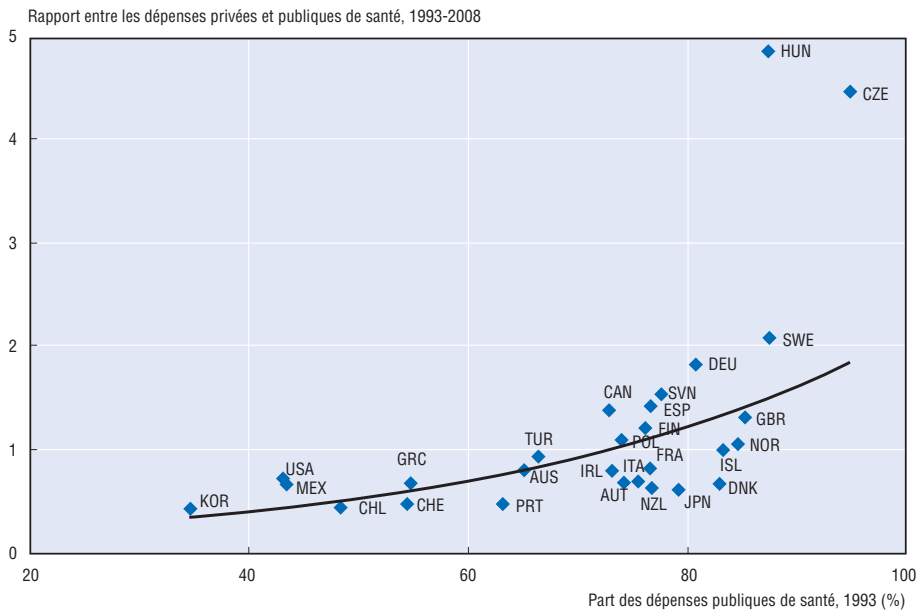


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331372>

**Graphique 1.6. Rapport entre la croissance des dépenses privées et publiques de santé, 1993-2008**



Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331391>



### 3. Dépenses par type de services de soins

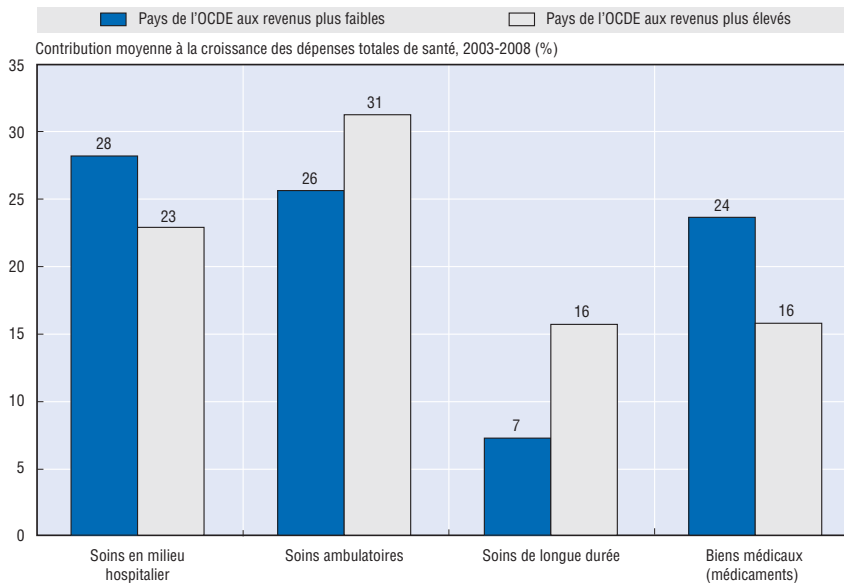
L'allocation des dépenses de santé aux différents types de biens et services médicaux peut être influencée par toute une série de facteurs nationaux : mise à disposition de ressources, accès à des technologies nouvelles ou coûteuses, dispositifs financiers et institutionnels concernant l'offre de soins, recommandations de pratique clinique et charge de morbidité. Les données de l'OCDE permettent de ventiler les dépenses entre les différents types de soins (soins hospitaliers, soins ambulatoires, produits pharmaceutiques, etc.) et de services bénéficiant à tout ou partie de la collectivité, tels que les services de santé publique et d'administration des soins.

Les soins hospitaliers et les soins ambulatoires absorbent au total 60 % environ des dépenses de santé<sup>3</sup>. Étant donné que les soins hospitaliers nécessitent une main-d'œuvre importante, et par conséquent coûtent cher, les pays à revenu élevé dotés de systèmes de santé évolués ont cherché à réduire la part des dépenses hospitalières en privilégiant davantage la chirurgie ambulatoire, les soins ambulatoires et les soins à domicile. Ces services constituent une innovation notable en matière de prestation de soins, et les patients préfèrent souvent y recourir, dans la mesure du possible, plutôt que de séjourner à l'hôpital. Entre 2003 et 2006, les interventions de chirurgie ambulatoire non urgentes ont contribué pour un quart à la croissance des dépenses de santé aux États-Unis, contre tout juste 4 % au Canada<sup>4</sup>. D'après les estimations des dépenses de chirurgie ambulatoire pratiquée par des médecins indépendants en 2003 et 2006, c'est le secteur de soins qui a connu l'essor le plus rapide pendant cette période (McKinsey Global Institute, 2008). En France, les dépenses de soins ambulatoires représentent désormais 11 % environ des dépenses de soins curatifs. En Allemagne, en revanche, où la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics a été interdite jusqu'à la fin des années 90 (Castoro *et al.*, 2007), 2 % seulement des dépenses de soins curatifs correspondaient à des soins d'hospitalisation de jour<sup>5</sup>. Plus généralement, dans les pays à faible revenu soucieux d'investir dans le développement de leurs systèmes de santé, les dépenses de soins hospitaliers ont augmenté plus vite que d'autres types de dépenses, si bien qu'elles ont joué un rôle prépondérant dans la croissance totale des dépenses de santé (graphique 1.7).


Les dépenses de soins de longue durée ont nettement augmenté dans les pays de l'OCDE, en raison de l'augmentation de la demande de soins liée au vieillissement de la population. Qu'il s'agisse de soins en institution ou de soins à domicile, elles représentent désormais en moyenne plus de 12 % des dépenses totales de santé, et ce pourcentage est largement dépassé dans les pays où les personnes âgées constituent déjà une part non négligeable de la population. L'Allemagne et le Japon, où plus de 20 % de la population était âgée de plus de 65 ans en 2008, ont diversifié leurs dispositifs d'assurance sociale pour couvrir les coûts afférents aux soins de longue durée, respectivement en 1995/96 et en 2000.

En conclusion, les responsables de l'action gouvernementale de la zone OCDE restent confrontés à une hausse persistante des dépenses de santé, que le vieillissement de la population, la croissance du revenu et les innovations technologiques vont continuer d'alimenter dans les décennies à venir. Néanmoins, étant donné l'importance des déficits publics et le poids toujours plus grand de la dette publique, les gouvernements seront peut-être dorénavant moins enclins à financer de nouvelles augmentations de l'offre de services de santé. La santé pourrait faire l'objet de réductions budgétaires, tout comme d'autres secteurs relevant de l'État. Abstraction faite du cycle économique, des travaux récents de l'OCDE laissent entrevoir d'importantes réserves de productivité dans lesquelles beaucoup de pays peuvent puiser pour faire face à l'augmentation future des besoins. D'où la question plus vaste des mesures à prendre pour freiner la croissance des dépenses de santé, qui sera traitée dans le chapitre 2.

**Graphique 1.7. Évolution de la part des principaux types de soins dans les dépenses totales de santé, 2003-08**



Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331410>

Les dépenses de biens médicaux, qui renvoient principalement aux produits pharmaceutiques, ont également augmenté rapidement dans la plupart des pays de l'OCDE, et représentent une part de plus en plus importante des dépenses totales de santé. Depuis 1993, la croissance des dépenses pharmaceutiques a été, en moyenne, de près de 4.5 %, contre une croissance annuelle de 3.9 % pour les dépenses totales de santé. En 2008, les produits pharmaceutiques correspondaient à 17 % environ des dépenses totales de santé, soit 1.5 % du PIB. Étant donné que les biens médicaux absorbent, en moyenne, une part plus faible des dépenses de santé que les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, ils ont moins contribué – à hauteur d'un cinquième environ – à la croissance globale des dépenses de santé.

Là encore, il existe de grandes disparités entre les pays. Bien que la croissance des dépenses pharmaceutiques soit relativement élevée dans les pays à faible revenu, elle est plutôt inférieure à celle des soins hospitaliers et des soins ambulatoires, et la part des produits pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé a donc baissé. Dans certains pays où les dépenses sont élevées, comme le Canada, les biens médicaux ont été la principale cause de l'augmentation des dépenses de santé, contribuant pour près d'un tiers à leur croissance globale. L'augmentation des dépenses pharmaceutiques a aussi été relativement forte aux États-Unis, en Autriche et en France. Au Japon et en Allemagne, en revanche, les effets de la réglementation plus stricte des prix ou de l'action en faveur de la prescription de médicaments génériques se sont fait davantage sentir.

#### 4. Facteurs en jeu dans les dépenses de santé

Un certain nombre d'études ont essayé d'identifier les principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé et d'évaluer leurs effets respectifs (Newhouse, 1992 ; OCDE, 2006 ; Dormont *et al.*, 2006 ; Smith *et al.*, 2009)<sup>6</sup>. Parmi ces déterminants,

le vieillissement de la population, l'augmentation du revenu national, le prix relatif des biens médicaux et le progrès technologique ont fait l'objet d'une attention particulière. Le rôle de l'offre médicale et de la « médecine défensive » a également été examiné, notamment aux États-Unis, mais il s'avère négligeable. La plupart des études ont utilisé un cadre de comptabilité de la croissance (voir Denison, 1962). Dans ce cadre général, Newhouse (1992) estime la contribution des facteurs connus à la croissance des dépenses de santé (1940-90) et suppose que l'essentiel du résidu inexpliqué est imputable aux transformations intervenues dans les technologies médicales. D'après un réexamen de ces estimations à la lumière de données plus récentes, réalisé par Newhouse et ses collègues (Smith *et al.*, 2009), les technologies pourraient expliquer entre un quart et la moitié de l'augmentation des dépenses de santé.

À en juger par les travaux publiés, le vieillissement joue un rôle modeste dans la croissance des dépenses de santé constatée par le passé. Il intervient à hauteur de 6.5 à 9 % dans la croissance des dépenses totales de santé sur la période 1960-90, mais les résultats dépendent de la stratégie utilisée pour l'estimation, du type de données, du pays et de la période considérée (OCDE, 2006 ; Dormont *et al.*, 2006 ; Smith *et al.*, 2009)<sup>7</sup>. Toutes les études considèrent que l'augmentation du revenu est le facteur de croissance des dépenses de santé le plus important, les estimations allant de 28 à 58 % selon les données et les hypothèses sur l'élasticité-revenu des dépenses de santé (dont on estime généralement qu'elle se situe entre 0.6 et 1.0<sup>8</sup>).

L'inflation des prix médicaux n'est pas toujours prise en compte dans les modèles en raison de problèmes de mesure. Cependant, Smith *et al.* estiment que les prix médicaux contribuent à hauteur de 5 à 18 % à la croissance des dépenses, en se fondant sur deux hypothèses différentes concernant les gains de productivité des soins médicaux. Pour mesurer la contribution du progrès technologique, on se réfère souvent au chiffre résiduel obtenu après avoir estimé les contributions respectives des autres facteurs. D'après les estimations initiales de Newhouse (1992), la croissance des dépenses de santé est imputable aux évolutions technologiques à hauteur de 50 à 75 %. Des estimations plus récentes se rapportant aux chiffres des États-Unis pour la période 1960-2007 vont de 27.4 à 48.3 % selon les hypothèses de travail retenues (Smith *et al.*, 2009). Dormont *et al.* (2006), microdonnées à l'appui, ont montré que « les évolutions des pratiques médicales », pour un niveau donné de morbidité, étaient à l'origine d'environ un quart de la croissance des dépenses de santé en France durant la période 1992-2000.

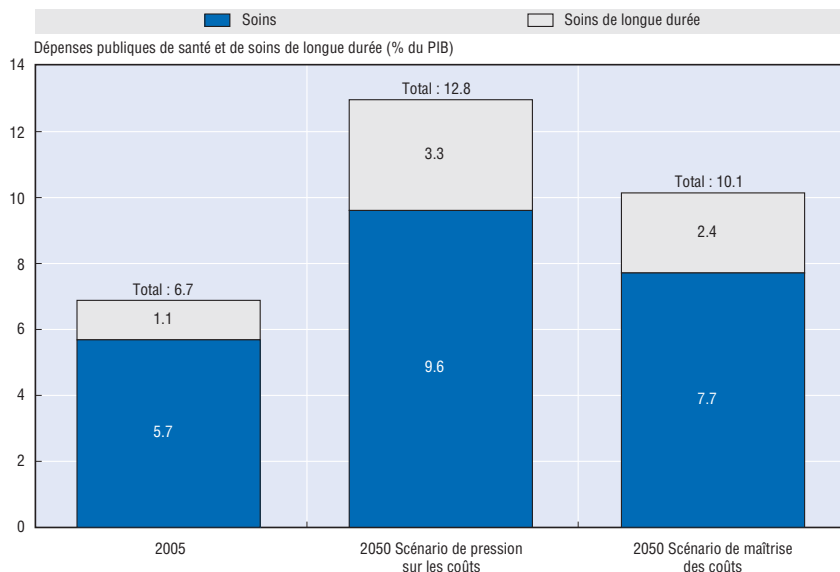
L'évolution du contexte épidémiologique a été également évoquée parmi les facteurs d'augmentation des dépenses de santé. Du fait de la prévention des maladies infectieuses, conjuguée à la possibilité d'entreprendre des traitements de longue durée pour des affections auparavant difficiles à soigner ou incurables, les maladies chroniques occupent une plus large part dans les dépenses de santé. Cependant, lorsqu'on tient compte des données démographiques et de l'évolution quantitative des services liés aux technologies et aux traitements, l'effet global semble minime. D'après les projections concernant les dépenses de santé en Australie pour la période 2003-33, l'évolution escomptée du taux de morbidité, correction faite des effets dus à l'âge, a eu un effet favorable dans des domaines comme les maladies cardio-vasculaires et le cancer, mais cet effet est contrebalancé par une très forte augmentation de l'incidence du diabète (AIHW, 2008).

## 5. La viabilité financière sera-t-elle préoccupante à l'avenir ?

Les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée représentaient, en moyenne, environ 7 % du PIB en 2007. Comme on l'a vu précédemment, il ne suffit pas toujours de montrer que les dépenses de santé sont optimales parce que les avantages dépassent les coûts engagés. Si la situation budgétaire ne permet tout simplement pas de mobiliser les fonds voulus pour couvrir les dépenses, la réduction de dépenses souhaitables sur le plan social devient incontournable. La présente section porte sur les projections à long terme des dépenses publiques, tandis que la suivante vise à apprécier dans quelle mesure le contexte budgétaire actuel met un plus grand nombre de pays dans cette situation fâcheuse.

La plupart des projections récentes de l'OCDE donnent une idée des tendances probables en matière de dépenses de santé et de soins de longue durée. Ces deux composantes sont envisagées séparément car les facteurs en jeu diffèrent quelque peu. Il ressort que les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée pourraient presque doubler par rapport aux niveaux actuels – passant de près de 7 % du PIB en 2005 à environ 13 % en 2050 – étant entendu que la croissance du résidu, autrement dit l'évolution technologique<sup>9</sup>, reste inchangée pendant cette période (graphique 1.8). À supposer que les États parviennent à réduire le « résidu » de moitié sur la période de projection, les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée atteindraient néanmoins 10 % du PIB, soit une progression de 3.5 points de pourcentage.

**Graphique 1.8. Projections des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée, 2005-50**



Source : OCDE (2006).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331429>

Comme indiqué précédemment, ces augmentations ont plusieurs causes. En ce qui concerne l'évolution de la pyramide des âges, la part grandissante des tranches plus âgées de la population exercera une pression à la hausse sur les coûts, les dépenses de soins augmentant avec l'âge. Toutefois, le coût moyen par personne âgée devrait baisser avec le temps pour deux raisons. Tout d'abord, les projections partent de l'hypothèse d'un

allongement de la durée de vie, reportant ainsi dans le futur les coûts élevés correspondant à la période qui précède la mort ; ensuite, l'effet du vieillissement de la population est également atténué car on suppose que les individus vivront certes plus longtemps, mais en bonne santé.

Les effets liés à l'âge sont plus marqués pour les soins de longue durée. Les soins de longue durée tendront à augmenter parallèlement à la part des personnes âgées dans la population. Cet effet est quelque peu atténué par la probabilité que la proportion de personnes dépendantes dans chaque tranche d'âge élevée diminuera à mesure que la longévité augmente, l'hypothèse étant que les individus « vieilliront en bonne santé ». S'ajoutent des facteurs non démographiques : les dépenses risquent fort de s'élever sous la poussée de « l'effet de Baumol », c'est-à-dire une augmentation du coût relatif des soins de longue durée alignée sur la croissance moyenne de la productivité économique, du fait de perspectives de gains de productivité limitées dans ce secteur.

Ces moyennes occultent de très fortes disparités entre les pays. Selon le scénario de maîtrise des coûts, un groupe de pays se distingue par une augmentation des dépenses de santé et de soins de longue durée égale ou supérieure à 4 points de pourcentage du PIB sur la période 2005-50. Il comprend des pays dont l'indice de vieillissement augmente rapidement (Espagne, Italie, Japon), des pays dont la structure démographique subira des modifications radicales (Corée, Mexique, République slovaque) et des pays dont le taux d'activité est actuellement faible et qui seront peut-être confrontés à une augmentation non négligeable de la demande de soins de longue durée formels (Espagne, Irlande, Italie). En revanche, la Suède, qui arrive à un stade avancé du processus de vieillissement et consacre une part relativement importante de son PIB à la santé et aux soins de longue durée, se situe dans la tranche la plus basse avec une augmentation inférieure à 2 points de pourcentage du PIB.

Malgré des incertitudes, l'analyse de sensibilité permet de penser que les résultats sont assez fiables pour certains aspects essentiels. Par exemple, selon l'hypothèse de « vieillissement en bonne santé », l'allongement de la durée de vie n'aura qu'un effet modéré sur les dépenses. Cependant, les projections concernant les dépenses de soins de longue durée sont sensibles à l'évolution future des taux d'activité de la population en âge de travailler, car l'élévation des taux d'activité réduit les capacités de soins « informels ». Selon un autre scénario, dans lequel le faible taux d'activité observé actuellement dans divers pays converge vers celui de pays où ce taux est élevé, les dépenses de soins de longue durée augmentent en moyenne de 1 à 2 points de PIB supplémentaires, et bien plus dans certains pays.

Les similitudes et les différences entre les résultats de cet exercice et les nombreuses projections nationales relatives aux dépenses publiques sont instructives<sup>10</sup>. Le tableau 1.1 confronte les résultats de projections nationales récentes et ceux qu'a obtenus l'OCDE pour un certain nombre de pays membres. Comme dans l'exercice de l'OCDE, la plupart des modèles proposent plusieurs scénarios correspondant à des ensembles d'hypothèses distincts. Les projections reprises dans le tableau renvoient principalement au scénario de base, mais, par exemple, l'Allemagne donne deux prévisions selon que les conditions sont plus ou moins favorables en termes de viabilité. On notera également que les agrégats se rapportant à la santé et aux soins à long terme s'écartent parfois de la définition et du point de départ retenus dans l'étude OCDE, au risque d'empêcher les comparaisons directes. Les projections nationales de dépenses peuvent prendre en compte des hypothèses divergentes quant à l'évolution de la démographie, de la population active et

de la productivité, ainsi que des scénarios différents concernant la santé et l'action gouvernementale.

Les résultats nationaux soulignent la diversité des projections à long terme, puisque le ratio dépenses de santé/PIB augmente de 2 points de pourcentage, voire moins, dans des pays comme l'Allemagne, la Corée, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suisse, alors que la France et les Pays-Bas prévoient des augmentations beaucoup plus fortes. Pour la majorité des pays, les projections diffèrent peu de la fourchette d'estimations de l'OCDE.

**Tableau 1.1. Projections réalisées par l'OCDE et par plusieurs pays : dépenses publiques de santé et de soins de longue durée, 2005 à 2050**

	Projections nationales						Etude de l'OCDE de 2006		
	Source	Secteur	Année de référence	Part du PIB pour l'année de référence	Année de projection	Part du PIB pour l'année de projection	Secteur	Part du PIB en 2005	Part prévue du PIB en 2050 <sup>1</sup>
Allemagne	Bundesministerium der Finanzen	Ass. santé obligatoire	2006	6.3%	2050	7.8% / 8.5%	Dép. publ. santé	7.8%	9.6% / 11.4%
				0.8%		1.7% / 2.3%		Dép. publ. SLD	1.0%
Australie	Treasurer of Commonwealth of Australia	Public : santé	2009-10	4.0%	2049-50	7.1%	Dép. publ. santé	5.6%	7.9% / 9.7%
		Public : soins personnes âgées		0.8%		1.8%		Dép. publ. SLD	0.9%
Belgique	Conseil supérieur des finances - CEV	Public : santé	2008	6.1%	2050	8.6%	Dép. publ. santé	5.7%	7.2% / 9.0%
		Public : SLD		1.2%		2.5%		Dép. publ. SLD	1.5%
Canada	Bureau du directeur parlementaire du budget	Public : santé	2007	6.8%	2050-51	10.9%	Dép. publ. santé	7.0%	8.4% / 10.2%
								Dép. publ. SLD	1.2%
Corée	Yonsei Uni./Gachon Uni.	Public : santé	2005	3.1%	2050	4.9%	Dép. publ. santé	3.0%	6.0% / 7.8%
États-Unis	Congressional Budget Office (CBO)	Medicare & Medicaid	2009	5.0%	2035 (2080)	10% (17%)	Dép. publ. santé	6.3	7.9% / 9.7%
								Dép. publ. SLD	0.9%
France	Sénat	Total : santé	2000	9.3%	2050	17.4% / 19.4%	Dép. publ. santé	7.0%	8.7% / 10.6%
	DREES	Total : santé	2004	10.4%		14.9% / 22.3%		Dép. publ. SLD	1.1%
Italie	Ministero dell'Economia e Delle Finanze	Public : santé	2008	~7.0%	2050	9.0%	Dép. publ. santé	6.5%	7.9% / 9.7%
								Dép. publ. SLD	0.6%
Japon	Minist. Santé, Travail et Bien-être (MHLW)	Public : santé	2004	7.1%	2025	11.2%	Dép. publ. santé	6.0%	8.5% / 10.3%
		Public : SLD		1.4%		3.6%		Dép. publ. SLD	0.9%
Pays-Bas	Minist. Santé, Bien-être et Sports (VWS)	Public : santé et SDL	2009	9.7%	2050	26.1%	Dép. publ. santé	5.1%	7.0% / 8.9%
								Dép. publ. SLD	1.7%
Royaume-Uni	HM Treasury	Public : santé	2009-10	~8.1%	2049-2050	~10.2%	Dép. publ. santé	6.1%	7.9% / 9.7%
		Public : SLD		~1.3%		~2.1%		Dép. publ. SLD	1.1%
Suisse	Administration fédérale des finances	Public : santé	2005	4.4%	2050	5.8%	Dép. publ. santé	6.2%	7.8% / 9.6%
		Public : SLD		0.5%		1.4%		Dép. publ. SLD	1.2%

SLD: Soins de longue durée.

1. Part prévue du PIB selon les deux scénarios : « pression à la hausse sur les coûts » et « maîtrise des coûts ».

*Source* : Allemagne : « Second Report on the Sustainability of Public Finances », Bundesministerium der Finanzen (BMF – ministère fédéral des Finances), juin 2008 ; Australie : « Intergenerational Report. Australia to 2050: Future Challenges », Treasurer of the Commonwealth of Australia, janvier 2010 ; Belgique : « Rapport annuel », Comité d'étude sur le vieillissement (CEV), Conseil supérieur des finances, juin 2009 ; Canada : « Rapport sur la viabilité financière », Bureau du directeur parlementaire du budget, février 2010 ; Corée : « Forecasting Future Public Health Expenditures in Consideration of Population Ageing », 2009 ; États-Unis : « The Long-term Budget Outlook », Congressional Budget Office (CBO), juin 2009 ; France : « Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés », annexe au rapport Vasselle, Rapport du Sénat sur l'assurance maladie, 2004 ; Italie : « Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2008 », Ministero dell'Economia e delle Finanze - Ragioneria Generale dello Stato, 2008 ; Japon : « Future Prospect of Social Security Expenditure and Contributions », ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être (MHLW), mai 2004 ; Pays-Bas : Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS)/Ministère de la Jeunesse et de la Famille, 2010 ; Royaume-Uni : « Long-term Public Finance Report: An Analysis of Fiscal Sustainability », HM Treasury, décembre 2009 ; Suisse : « Les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse », Administration fédérale des finances (AFF), avril 2008 ; OCDE : « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? », Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 477, février 2006.

## 6. La viabilité budgétaire est-elle préoccupante aujourd'hui ?

Pour déterminer comment l'action gouvernementale à venir va influencer sur les dépenses publiques de santé, il faut avoir à l'esprit la part croissante de la santé dans le total des dépenses publiques. Pendant les années qui ont précédé la récession actuelle, les dépenses des administrations publiques rapportées au PIB ont globalement baissé, passant d'environ 46 % en 1995 à 41 % en 2007 (pour de plus amples informations, voir Joumard *et al.*, 2010). Cette baisse peut être attribuée à une augmentation du PIB total plus rapide que celle des dépenses des administrations publiques, plutôt qu'à une diminution en termes absolus des dépenses publiques dans leur ensemble (OCDE, 2009b). Deux pays seulement, le Portugal et la Corée, ont vu augmenter la part des dépenses publiques par rapport au PIB. Au cours de la même période, la proportion des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales est passée, en moyenne, de 12 % environ à 16 %, sauf en Hongrie où elle est demeurée inchangée.

Dans ce contexte général, le ralentissement de l'activité économique amorcé en 2008 n'est pas de même nature que les récessions précédentes car il s'est étendu simultanément à toute la planète. La quasi-totalité des pays de l'OCDE ont été touchés. La dernière édition des *Perspectives économiques de l'OCDE* (n° 87, juin 2010) fait état d'une baisse du PIB atteignant -3.3 % dans la zone OCDE en 2009, avec des prévisions de croissance médiocres pour la plupart des pays jusqu'à la fin de 2010.

Le mouvement de reprise observé en 2010 tient pour beaucoup aux programmes de relance sans précédent mis en place par de nombreux pays de la zone OCDE pour soutenir les économies fragilisées, et non à un redémarrage de la demande induite de consommation. Du fait de cette intervention massive des États, conjuguée aux effets automatiques de la récession, notamment sur les recettes publiques, la situation budgétaire de la plupart des pays de l'OCDE s'est gravement détériorée, avec une montée en flèche des déficits publics en 2009. On estime que ces déficits vont rester proches de 8 % du PIB en 2010 dans les pays de l'OCDE, et les prévisions n'indiquent qu'une légère amélioration pour 2011. Le rapport de la dette publique brute au PIB devrait atteindre 100 % en 2011 dans l'ensemble de la zone OCDE, alors qu'il dépassait à peine 70 % en 2007, avant la crise financière.

De tels niveaux d'endettement public suscitent des inquiétudes quant à la situation budgétaire et à la viabilité financière, d'où la nécessité pour les gouvernements d'étudier soigneusement de nouvelles stratégies pour commencer à réduire leur dette tout en évitant de compromettre l'effet de relance induit par les mesures déjà mises en place. Par conséquent, à moyen terme, les dépenses publiques devraient faire l'objet de pressions à la baisse accrues, moyennant la mise en œuvre de réformes prévues de longue date et de mesures d'amélioration de l'efficacité, ou encore la compression effective des dépenses.

À en juger par les précédentes récessions, l'économie risque de connaître une longue période de « vaches maigres », étant donné que la consolidation de la dette se poursuit pendant des années après le début du phénomène, même si l'activité économique commence à redémarrer (McKinsey Global Institute, 2010). Ainsi, le niveau élevé de la dette publique engendrée par la récession actuelle pourrait retarder l'amorce du processus de désendettement, soit une augmentation rapide de la part de la santé dans le PIB pendant les deux premières années, puis une période plus longue de réduction de la dette.

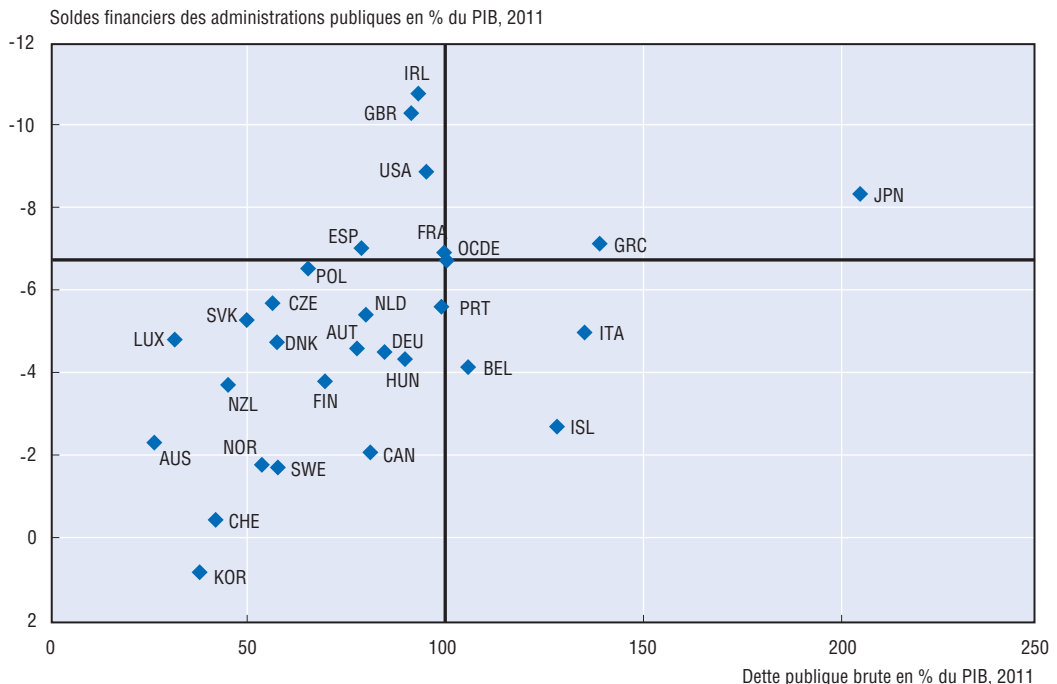
### *Où les pressions visant à limiter les dépenses de santé vont-elles se faire plus particulièrement sentir ?*

Deux ensembles de critères peuvent aider à voir où des pressions vont sans doute plus particulièrement s'exercer en faveur d'une limitation des dépenses de santé :

- tout d'abord, dans les pays fortement endettés et/ou affichant un déficit global élevé du secteur public, qui sont plus susceptibles d'être préoccupés par les questions de dépenses publiques et de viabilité budgétaire que les pays faiblement déficitaires et endettés ;
- ensuite, dans les pays où les dépenses de santé représentent une part importante des dépenses publiques totales et/ou dans les pays où les dépenses des administrations publiques représentent une forte proportion du PIB.

Les événements récents tendent à montrer que le premier ensemble de critères est probablement plus important dans l'immédiat car il concerne, comme on l'a vu, des problèmes de viabilité budgétaire. Les pays ayant un fort taux d'endettement et des déficits volumineux (situés dans la partie supérieure droite du graphique 1.10) auront le plus de difficultés à financer un accroissement des dépenses.

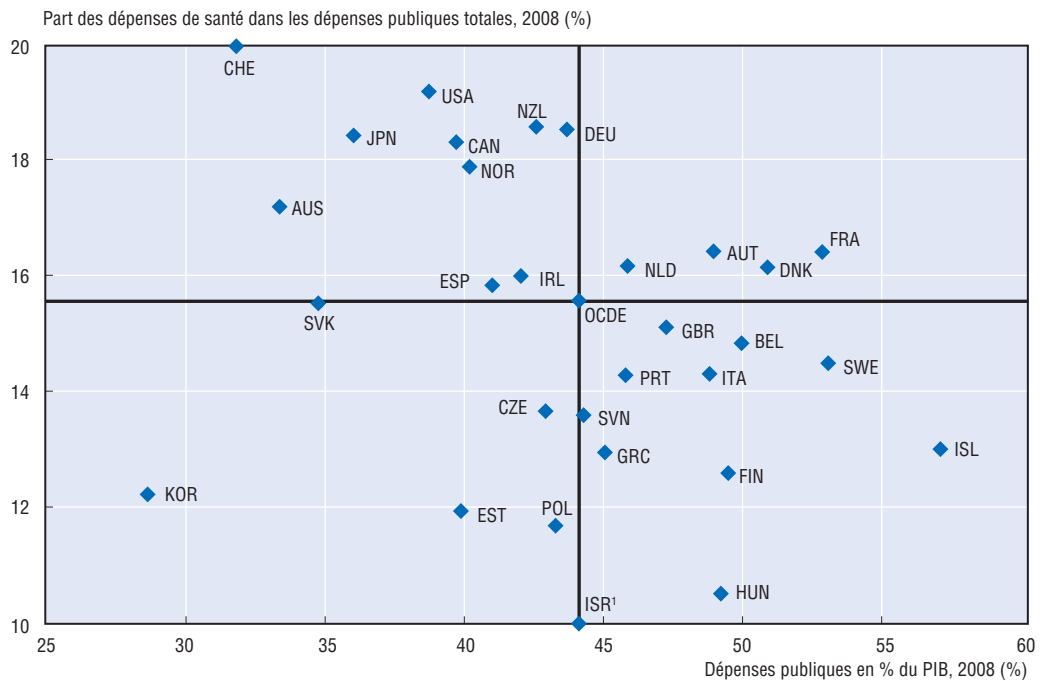
**Graphique 1.9. Prédiction du rapport dette/PIB et du solde financier des administrations publiques, 2011**



Source : OCDE (2010b).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331448>



**Graphique 1.10. Part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales, 2008**

1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331467>

Le deuxième ensemble de critères permet d'évaluer les possibilités d'augmentation des dépenses publiques de santé en termes de viabilité économique. Compte tenu à la fois du niveau global des dépenses publiques dans l'économie et de la part allouée aux soins de santé (étant entendu qu'il est plus difficile d'accroître les recettes publiques dans les pays qui dépensent déjà beaucoup, et que la santé est d'autant plus susceptible d'être touchée par des restrictions budgétaires qu'elle absorbe une grande proportion des dépenses publiques), on peut avancer que les pays situés dans la partie supérieure droite du graphique 1.10 seront plus préoccupés par les dépenses de santé que ceux qui se trouvent dans la partie inférieure gauche. Beaucoup d'autres facteurs peuvent entrer en jeu à cet égard, à commencer par l'attitude envers la fiscalité et les dépenses publiques et la priorité donnée à la santé dans les politiques publiques.

Les pays dont la situation budgétaire est particulièrement médiocre (par rapport à la moyenne OCDE) (voir graphique 1.9) sont le Royaume-Uni, l'Irlande, les États-Unis, la Grèce, la France, le Japon et, dans une moindre mesure, le Portugal, l'Italie et l'Espagne. Les pays où les dépenses publiques de santé représentent une part importante du PIB (ratios dépenses publiques/PIB et dépenses de santé/total des dépenses publiques supérieurs à la moyenne) pourraient être mis à plus rude épreuve (Allemagne, Autriche, Danemark, France et Pays-Bas). En outre, les pays où les dépenses de santé absorbent déjà une large part du total des dépenses publiques risquent d'être confrontés à un ensemble de problèmes d'un autre ordre pour accroître encore l'offre globale de soins de santé.

## 7. Comment garantir la viabilité économique des systèmes de santé ?

Comme indiqué dans l'introduction, les objectifs de viabilité et d'efficacité des systèmes de santé sont étroitement liés : le fait d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé est probablement l'un des seuls moyens de concilier l'augmentation de la demande de soins de santé et les restrictions des financements publics mentionnées précédemment. Des travaux récents de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2008 et 2010) ont porté sur le degré d'inefficacité des systèmes de santé de la zone OCDE et les perspectives de gains de productivité. L'efficacité des dépenses de santé renvoie aux performances générales du secteur, autrement dit aux améliorations de l'état sanitaire de la population qui peuvent être attribuées aux dépenses de santé. Un pays est jugé plus efficace qu'un autre si l'espérance de vie de sa population est meilleure pour un niveau donné de dépenses de santé, une fois les variables de confusion prises en compte.

Ces travaux montrent que les possibilités d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé ne manquent pas dans les pays de l'OCDE. De fait, l'espérance de vie à la naissance pourrait augmenter de plus de deux ans en moyenne si les pays devenaient aussi efficaces que les plus performants. À titre de comparaison, une augmentation de 10 % des dépenses de santé permettrait d'allonger l'espérance de vie de 3 à 4 mois seulement, à degré d'inefficacité égal. Malgré les limites inhérentes aux approches macroéconomiques, les données obtenues restent cohérentes lorsque les descriptions et les méthodes d'estimation changent.

Les corrélations entre les estimations de l'efficacité du système dans son ensemble (performance générale) et les indicateurs (en termes de résultats) souvent utilisés pour mesurer l'efficacité des hôpitaux (durée moyenne de séjour et taux d'occupation des lits de soins aigus, par exemple) sont très faibles. Il semble donc que des résultats médicaux puissent être obtenus de manière très efficace dans un sous-secteur sans pour autant influencer sensiblement sur l'état de santé de la population. Autre interprétation possible, le bon fonctionnement du secteur des soins hospitaliers est contrebalancé par l'inefficacité d'autres sous-secteurs du système de santé, et/ou des problèmes de coordination se posent entre les sous-secteurs.

Par ailleurs, l'efficacité globale du système de santé dans certains pays pourrait être plus étroitement liée aux indicateurs de qualité des soins (taux d'hospitalisations évitables). Les pays affichant des niveaux élevés d'efficacité productive sont généralement ceux qui offrent des soins de bonne qualité, même si les indicateurs de qualité des soins ne concernent encore qu'un petit nombre de pays.

Enfin, on a cherché à savoir si les hauts niveaux d'efficacité mesurés correspondaient à certains dispositifs institutionnels. À cet égard, les derniers travaux en date du Secrétariat de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2010) ont permis de déterminer des spécificités institutionnelles nationales et de regrouper les pays qui se ressemblaient par leurs dispositifs institutionnels et leurs mécanismes incitatifs liés au marché ou à la réglementation (Paris *et al.*, 2010).

Apparemment, aucun groupe ne se distingue de façon systématique par une meilleure efficacité globale. Dans un certain nombre de cas, les différences s'avèrent même plus marquées à l'intérieur des groupes qu'entre les groupes. Il semble donc qu'aucun type de système de santé ne soit mieux à même qu'un autre d'améliorer l'état de santé de la population selon un bon rapport coût-efficacité. En pratique, les pays de l'OCDE recourent à des panoplies qui associent très diversement le marché et la réglementation, et doivent appliquer une série de mesures pour corriger les défaillances du marché

auxquelles se heurtent tous les systèmes de santé. Autrement dit, le message essentiel à adresser aux pouvoirs publics est que le type de système importe peut-être moins que la manière dont il est géré.

## 8. Conclusions

Les systèmes de santé sont économiquement viables lorsque les avantages découlant des dépenses de santé sont supérieurs aux coûts engagés. Toutefois, la viabilité globale du système n'est pas pour autant garantie, car des restrictions budgétaires peuvent se révéler inévitables. Il ressort de ce chapitre que les dépenses de santé ont augmenté rapidement dans de nombreux pays de l'OCDE (mais pas dans tous) au cours des dernières années. Cela signifie-t-il que ces dépenses ne sont plus viables économiquement ? Bien que la question ne soit pas analysée de façon systématique ici, la réponse la plus plausible est « probablement pas ». Les systèmes de santé apportent des améliorations réelles, si on se réfère à beaucoup des principaux critères d'appréciation des dépenses de santé : accès, qualité, réactivité, etc. Tant que ces améliorations se poursuivront, il sera économiquement souhaitable de satisfaire la demande d'accroissement des dépenses. Or, à court terme, la brusque détérioration des finances publiques met en question la viabilité budgétaire dans certains pays. Le chapitre 2 passe en revue non seulement les formules permettant à l'avenir une utilisation optimale des ressources des systèmes de santé, mais aussi celles qui s'offrent aux pays où les dépenses doivent être maîtrisées à court terme pour des raisons budgétaires.

### Notes

1. Plusieurs cadres différents ont été créés pour évaluer la performance des systèmes de santé : soit on examine dans quelle proportion un ensemble d'objectifs défini a été atteint (efficacité), soit on mesure le rapport entre les ressources investies dans les systèmes de santé et la réalisation d'objectifs (efficience) (OMS, 2000 ; Roberts *et al.*, 2004). Ces cadres proposent différents ensembles d'objectifs, pour le système de santé lui-même ou pour les politiques de santé, mais ils reflètent tous peu ou prou les mêmes préoccupations.
2. Dans la pratique, les dépenses publiques et privées sont étroitement liées. Par exemple, dans les pays dotés de dispositifs de partage des coûts, si les dépenses publiques augmentent, les dépenses privées augmentent parallèlement. Pour bien comprendre l'évolution des dépenses de santé dans le temps et selon les pays, il peut être nécessaire d'envisager à la fois les composantes privée et publique des dépenses. Autrement dit, le fait de traiter les dépenses « privées » comme des dépenses foncièrement différentes des dépenses publiques dans les comparaisons internationales peut donner une image erronée de la réalité.
3. A noter que la part moyenne respective des soins ambulatoires et des soins hospitaliers dans les dépenses est restée sensiblement la même au cours des dix dernières années, malgré l'augmentation des dépenses de soins ambulatoires dans certains pays et la nécessité d'améliorer les soins ambulatoires pour traiter le nombre croissant de malades chroniques (Hofmarcher *et al.*, 2007).

4. Cela étant, cette évolution semble s'expliquer par des aspects réglementaires. Les dépenses de santé publiques, aux États-Unis, sont pour une large part liées au programme Medicare dans le cadre duquel les prix sont strictement réglementés. Les hôpitaux ont donc tout intérêt à orienter les patients vers des soins ambulatoires, où le prix des interventions n'est pas réglementé, et l'augmentation résultante de coûts pour les assurances privées semble expliquer en grande partie la croissance des dépenses observée.
5. Les relations entre la croissance des coûts afférents aux soins et la structure des dépenses peuvent être complexes. Si la réorientation des patients des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires devrait normalement permettre de réduire le coût moyen des traitements, il n'existe pas de relation claire entre l'évolution de la part des dépenses de soins hospitaliers dans les dépenses totales dans les pays sur la période 1992-2007 et la croissance réelle par habitant des dépenses de santé totales (et publiques) sur la même période.
6. Les données utilisées concernent les États-Unis (Newhouse, 1992 ; et Smith *et al.*, 2009) et la France (Dormont *et al.*, 2006). Les données utilisées pour les estimations correspondent aux périodes suivantes : 1960-90 pour Newhouse (1992) ; 1960-2007 pour Smith *et al.* (2009) et 1992-2000 pour Dormont *et al.* (2006). Au cours de ces périodes, le vieillissement de la population a été relativement faible.
7. Dans le cas des études sur les États-Unis, ce résultat tient peut-être au fait que, pendant la majeure partie de la période considérée, la génération issue du baby-boom a entraîné une baisse de l'âge moyen de la population américaine.
8. Smith *et al.* (2008) expliquent que l'élasticité brute (non corrigée) entre les dépenses réelles de santé par habitant et le PIB réel par habitant est supérieure, étant comprise entre 1.4 et 1.7. Cependant, cette « élasticité des dépenses » reflète non seulement l'effet du revenu mais aussi d'autres facteurs ayant une influence sur les dépenses de santé qui sont corrélés au PIB par habitant, tels que la technologie, l'assurance et les prix médicaux. D'après une estimation effectuée au moyen d'un modèle, l'effet purement issu du revenu engendre une élasticité des dépenses restante (partielle) de 1.0 sur la période 1960-2007. Si l'on prend en compte l'inflation des prix médicaux (censée être plus forte dans les pays riches), celle-ci réduit encore l'élasticité par rapport au revenu, qui se situe alors entre 0.6 et 0.9 selon l'hypothèse retenue en ce qui concerne l'inflation des prix médicaux.
9. Voir la section précédente sur les facteurs en jeu dans les dépenses de santé. Les deux principaux scénarios utilisés ici portent sur la « pression à la hausse sur les coûts » et la « maîtrise des coûts ».
10. Le rapport 2009 de la Commission européenne sur le vieillissement intitulé « Projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'UE-27 (2008-2060) » a analysé les effets sur la demande du changement démographique, de l'état de santé et du revenu national pour l'établissement de ses projections sur les dépenses de santé publiques. La prise en compte des innovations technologiques sur la base des hypothèses utilisées dans les projections de l'OCDE a des effets sensibles sur le scénario purement démographique et débouche sur des projections assez voisines des résultats de l'OCDE.

## ***Bibliographie***

- Administration fédérale des Finances (AFF) (2008), *Les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse*, Suisse.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2008), *Australia's Health 2008*, Australian Institute of Health and Welfare.
- Bundesministerium der Finanzen (BMF – ministère fédéral des Finances) (2008), *Second Report on the Sustainability of Public Finances*, Allemagne.
- Bureau du directeur parlementaire du budget (2010), *Rapport sur la viabilité financière*, Canada.
- Castoro, C., L. Bertinato, U. Baccaglini, C.A. Drace et M. McKee (2007), *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen*, synthèse réalisée par l'Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.
- Colombo, F. et D. Morgan (2006), « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, avril-septembre.
- Commission européenne (CE) (2009), *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, rapport établi conjointement par la Commission européenne (Direction générale des affaires économiques et financières – DG ECFIN) et le Groupe de travail sur le vieillissement (AWG) du Comité de politique économique (CPE).
- Congressional Budget Office (CBO) (2009), *The Long-term Budget Outlook*, États-Unis.
- Conseil supérieur des finances (2009), *Rapport annuel*, Comité d'étude sur le vieillissement (CEV), Belgique.
- Denison, E.F. (1962), *The Sources of Economic Growth in the United States and the Alternatives Before Us*, Committee for Economic Development, New York.
- Dormont, B., Grignon, M. et H. Huber (2006), « Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing », *Health Economics*, vol. 15, pp. 947-963.
- HM Treasury (2009), *Long-term Public Finance Report: An Analysis of Fiscal Sustainability*, Royaume-Uni.
- Hofmarcher, M.M., H. Oxley *et al.* (2007), « Improved Health System Performance Through Better Care Coordination », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 30, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Huber, M. et E. Orosz (2003), « Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001 », *Health Care Financing Review*, vol. 25, pp. 1-22.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.

- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2010), « Systèmes de santé : Efficience et institutions », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 769, Éditions de l'OCDE, Paris.
- McKinsey Global Institute (MGI) (2008), « Accounting for the Cost of U.S. Health Care: A New Look at Why Americans Spend More », rapport du MGI.
- McKinsey Global Institute (2010), « Debt and Deleveraging: The Global Credit Bubble and its Economic Consequences ».
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS)/Ministère de la Jeunesse et de la Famille (2010), Pays-Bas.
- Ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être (MHLW) (2004), « Future Prospect of Social Security Expenditure and Contributions », Japon.
- Ministero dell'Economia e Delle Finanze (MEF – ministère de l'Économie et des Finances) (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2008*, Ragioneria Generale dello Stato, Italie.
- Newhouse, J.P. (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, pp. 3-21.
- OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 477, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009a), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009b), *Panorama des administrations publiques 2009*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Eco-Santé OCDE 2010 : Statistiques et indicateurs*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Perspectives économiques de l'OCDE*, n° 87, Éditions de l'OCDE, Paris, juin.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Roberts, M. *et al.* (2004), *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press, New-York.
- Sénat (2004), « Les déterminants macro-économique des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés », annexe au rapport Vasselle, Rapport du Sénat sur l'assurance maladie, France.
- Seong, M.K. *et al.* (2009), « Forecasting Future Public Health Expenditures in Consideration of Population Ageing », *Korean Journal of Health Economics and Policy*, vol. 15, n° 2, pp. 1-20.

Smith, S., J. Newhouse et M. Freeland (2009), « Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? », *Health Affairs*, pp. 1276-1284.

Thomson, S. *et al.* (2009), *Addressing Financial Sustainability in Health Systems*, synthèse réalisée pour la conférence ministérielle sur le thème « Viabilité des systèmes de santé en Europe », tenue à Prague sous l'égide de la présidence tchèque de l'Union européenne, OMS/Europe pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.

Treasurer of the Commonwealth of Australia (2010), *Intergenerational Report*, Australia to 2050: Future Challenges.





## Chapitre 2

### Politiques de santé en période de restrictions budgétaires

*Ce chapitre passe en revue les orientations retenues dans les pays de l'OCDE pour maîtriser les dépenses de santé, et les conséquences qu'elles entraînent pour les objectifs des systèmes de santé. Du côté de l'offre, des mesures macroéconomiques agissant sur les intrants ou les prix des services de santé ont été très largement appliquées. Les mécanismes qui incitent les prestataires à rechercher une plus grande efficacité tendent à se généraliser. Du côté de la demande, on a tout d'abord cherché à transférer les coûts vers le secteur privé ; il s'agit maintenant de réduire les besoins, par la prévention et l'information, et d'encourager une coordination plus étroite des soins. Sont étudiés ici les risques et les arbitrages liés à des solutions qui font baisser rapidement les coûts, par rapport à des gains d'efficacité à long terme.*

## 1. Introduction

Le chapitre 1 fait état d'une progression forte et continue du coût des systèmes de santé. Mais il met aussi en évidence d'importantes réserves de productivité : il n'y a pas de correspondance entre la grande disparité des dépenses de santé d'un pays à l'autre et les résultats sur le plan de la santé. Aussi le présent chapitre vise-t-il à examiner de plus près certaines des mesures mises en œuvre pour, d'une part, contenir les dépenses de santé et, d'autre part, atténuer les problèmes de capacité (par une utilisation plus efficace des ressources). Cet examen coïncide avec une des plus graves récessions de tous les temps. La situation budgétaire s'est détériorée dans beaucoup de pays. Dans la zone OCDE, les autorités réfléchissent désormais davantage en termes de viabilité : comment se préparer à d'éventuelles mesures de réduction des dépenses de santé, et comment concilier les gains d'efficacité et d'efficience des systèmes de santé avec les objectifs d'accès aux soins et de qualité des prestations (chapitre 1, encadré 1.1).

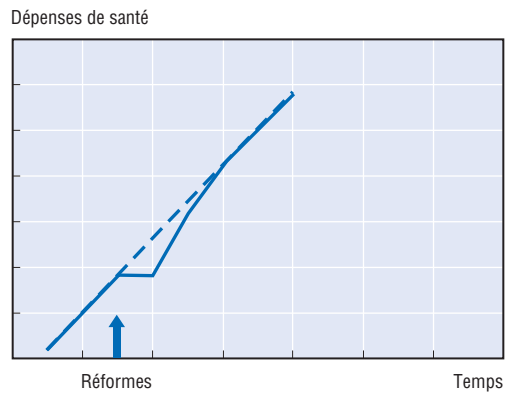
À l'appui de cette discussion sur les instruments de restriction budgétaire et d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience, le Secrétariat de l'OCDE a envisagé trois scénarios possibles après l'adoption de réformes (graphique 2.1). Ces scénarios montrent l'évolution dans le temps des dépenses de santé selon le type et le résultat des mesures mises en place. La ligne en pointillés correspond à la situation de référence, tandis que la ligne en traits pleins représente les dépenses effectives pour chacun des trois scénarios.

- Dans le *premier scénario*, on suppose que les pays instaurent des mesures de maîtrise des dépenses qui ont surtout un caractère temporaire (gel des salaires et des prix ou investissements différés, par exemple). Ces mesures sont censées se déployer sur un laps de temps relativement court de sorte que les dépenses retrouvent leur trajectoire sous-jacente.
- Dans le *second scénario*, selon le même raisonnement, les autorités sont en mesure de maintenir, par exemple, l'ensemble des salaires et des prix à un niveau inférieur, mais ceux-ci continuent d'augmenter au même rythme qu'avant les réformes.
- Le *troisième scénario* part du principe que les pays qui misent sur de nouvelles formes d'intervention – par exemple, ralentir la progression des dépenses à long terme en instaurant des mesures d'économie – risquent dans un premier temps de voir augmenter les dépenses. Mais une baisse de la croissance sous-jacente des dépenses de santé peut s'ensuire, dans la mesure où l'efficacité et l'efficience des dépenses de santé s'améliorent.

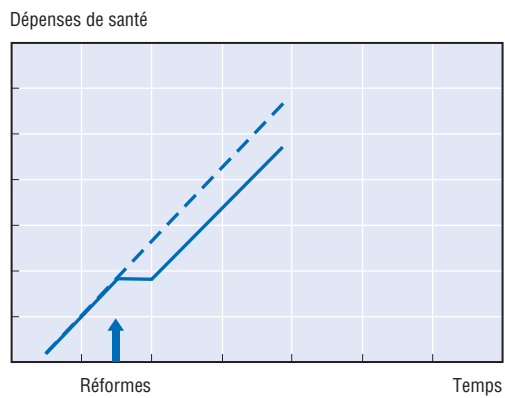
Les deux premiers scénarios influent sur le niveau des dépenses de santé, dans une proportion qui dépend de leur viabilité. Il s'agit probablement des mesures les plus courantes, ce qui explique peut-être que les dépenses ont été si difficiles à maîtriser. Dans la conjoncture actuelle, les pays devraient faire prévaloir le troisième scénario – parfois appelé « inflexion de la courbe des coûts ». À l'évidence, c'est le plus intéressant pour les décideurs car il laisse présager un ralentissement de la croissance des dépenses de santé sur la durée (Schoen, 2007 ; Shortell, 2009).

**Graphique 2.1. Scénarios de dépenses de santé : impact potentiel des réformes**

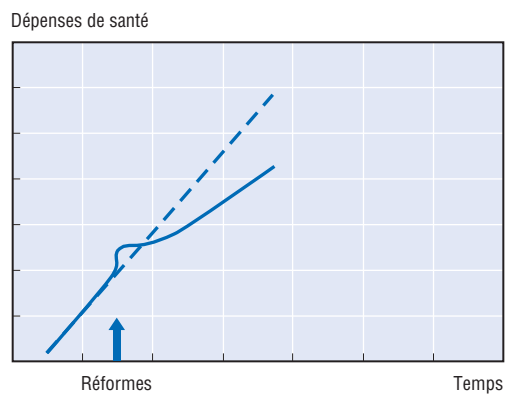
Scénario 1 : Maîtrise des coûts à court terme



Scénario 2 : Maîtrise des coûts à long terme



Scénario 3 : Inflexion de la courbe des coûts



Source : Secrétariat de l'OCDE.

Toutefois, c'est aussi le scénario le plus difficile à mener à bien, pour quatre raisons au moins :

- Comme indiqué dans le chapitre 1, le vieillissement de la population et les attentes grandissantes exerceront une pression à la hausse sur les coûts des soins de santé ;
- L'augmentation des coûts des soins de santé tient pour beaucoup aux progrès technologiques, si bien que l'option d'une progression plus lente risque de freiner l'adoption et/ou l'application de technologies médicales nouvelles ou implique de (mieux) veiller à ce que les concepteurs de technologies qui font baisser les coûts soient rémunérés comme il convient<sup>1</sup> ;
- Dès lors que la majorité des services de santé dont bénéficient les patients sont en grande partie subventionnés (voire gratuits au moment de leur utilisation), les autorités compétentes doivent trouver les incitations voulues pour éviter une demande excessive et une offre de services de soins de santé pléthorique ; et
- Les États devront pousser plus avant l'efficacité productive dans le secteur des soins de santé.

Les autres sections de ce chapitre portent sur une série de mesures essentielles qui pourraient aider les autorités sanitaires des pays de l'OCDE à surmonter ces difficultés. Il n'est pas aisé de regrouper ou de classer ces mesures dans des catégories bien définies. Les analyses antérieures des politiques de soins de santé ont permis de dégager quatre grandes séries de réformes qui se sont succédées durant les décennies écoulées (Mossialos et Le Grand, 1999 ; et Docteur et Oxley, 2004).

Face à l'impératif d'efficacité dans le secteur des soins de santé, les autorités ont d'abord privilégié des mesures visant à limiter le prix et le volume des intrants alloués aux systèmes de soins. Elles ont ensuite mis en place des mesures limitant les ressources financières des prestataires de soins, notamment en plafonnant les budgets de ceux-ci. Enfin, elles ont augmenté la part des dépenses de santé à la charge du patient (moyennant, par exemple, une participation accrue aux coûts ou une réduction de l'éventail des services couverts par l'assurance maladie de base). Bien que souvent controversées, ces mesures se sont avérées techniquement faciles à mettre en œuvre, d'où leur généralisation dans un grand nombre de pays.

Par la suite, les pays se sont tournés vers des réformes microéconomiques visant à accroître l'efficacité de l'offre, afin d'optimiser les ressources existantes en proposant de meilleures incitations aux acheteurs, aux prestataires et aux patients. Toutefois, il a souvent fallu procéder à des réformes plus profondes des systèmes de santé qui ont suscité des débats et une expérimentation à grande échelle avant d'être véritablement mises en place.

L'examen ci-après suit plus ou moins l'ordre chronologique de la mise en place des mesures. Cependant, les mesures que le Secrétariat de l'OCDE situe *essentiellement* du côté de l'offre sont envisagées séparément de celles qui agissent du côté de la demande sur les marchés des services de santé. Cette distinction amène toutefois à tenir compte de plusieurs éléments.

- Certaines des mesures abordées dans le présent chapitre peuvent avoir simultanément des effets différents du côté de la demande et du côté de l'offre.

- L'impact d'une mesure donnée dépend du cadre réglementaire et institutionnel existant dans le pays où elle est mise en œuvre<sup>2</sup>.
- Enfin, les réformes sont souvent complémentaires. Certaines mesures peuvent être renforcées par d'autres, et la mise en œuvre conjointe de plusieurs mesures peut avoir plus d'impact que la mise en œuvre isolée de telle ou telle d'entre elles<sup>3</sup>.

## 2. Vue d'ensemble des options envisageables

Les réformes et leurs effets sur les dépenses, ainsi que certains arbitrages vis-à-vis d'autres objectifs des soins de santé, sont récapitulés dans le tableau 2.1. Il s'agit d'une présentation sommaire des éléments tirés de travaux publiés et des études ou réflexions récentes du Secrétariat de l'OCDE. Les différentes mesures peuvent être envisagées selon plusieurs points de vue, comme suit.

- Orientation et ampleur prévisibles de l'impact (« impact potentiel » dans le tableau 2.1).
- Rapidité de mise en œuvre : les délais d'adoption et de mise en œuvre des mesures peuvent varier, et des effets préjudiciables imprévus peuvent se produire lorsque les marchés reprennent le dessus (« délai d'impact » dans le tableau 2.1). Chose importante, les décideurs peuvent être tentés de recourir à des mesures à court terme qui, si elles sont maintenues trop longtemps, risquent d'avoir des incidences négatives sur le fonctionnement du système de santé.
- Retombées possibles sur d'autres objectifs en termes d'accès, de qualité des soins, d'efficacité et d'efficacités (« objectifs et arbitrages » dans le tableau 2.1).

Les mesures apparaissant dans le tableau 2.1 couvrent un tel éventail qu'il n'est pas possible de les étudier toutes point par point. Certains aspects particulièrement intéressants font l'objet d'examen plus détaillés (voir les chapitres suivants).

Si l'OCDE tient à jour une base de données très complète concernant les performances des systèmes de santé (état sanitaire et qualité des soins, par exemple), les moyens mis en œuvre ou « intrants » (dépenses, professionnels de santé, équipements, etc.), ainsi que les processus (nombre de consultations, durée moyenne d'un séjour hospitalier, etc.), les données sur les politiques de santé et les institutions sont très lacunaires. Le présent ouvrage s'appuie donc sur des travaux récents du Secrétariat de l'OCDE qui – de façon significative – sont venus combler ces lacunes. Des informations plus satisfaisantes sur les politiques de santé, les institutions et la réglementation, présentées sous forme de tableaux récapitulatifs, permettent désormais de mieux évaluer l'impact potentiel de mesures données dans différents pays<sup>4</sup> (voir Paris *et al.*, 2010).

Ce chapitre passe d'abord en revue diverses mesures axées sur l'offre. Sont ensuite évoquées les mesures prises du côté de la demande qui, dans le passé, ont souvent consisté à instaurer diverses formes de co-paiement. Toutefois, on s'intéresse désormais davantage à des domaines où le patient informé peut jouer un rôle plus important et où une meilleure orientation des demandes de soins peut permettre d'accroître l'efficacité.

Tableau 2.1. Mesures de limitation des dépenses de santé en période de restrictions budgétaires

Caractéristiques, impacts et arbitrages	Impact sur les dépenses		Objectifs et arbitrages			
	Impact potentiel	Délai d'impact	Protection financière et accès aux soins	Qualité des soins	Réactivité	Rapport coût-efficacité
<b>A. Mesures macroéconomiques visant à limiter les dépenses</b>						
A.1. Maîtrise des salaires et des prix (travail)	ÉLEVÉE	COURT	AUCUNE	AUCUNE/NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF
A.2. Maîtrise des salaires et des prix (matériels médicaux)	ÉLEVÉE	COURT	AUCUNE	NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF
A.3. Contrôle du volume des intrants (travail)	ÉLEVÉE	MODÉRÉ	AUCUNE/NÉGATIFS	NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF
A.3. Contrôle du volume des intrants (investissement)	ÉLEVÉE	COURT	AUCUNE/NÉGATIFS	NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF
A.4. Contrôle du volume d'autres intrants (haute technologie/médicaments)	MODÉRÉE	COURT	NÉGATIFS	NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF/NÉGATIF
A.5. Plafonds budgétaires (sectoriels et globaux)	ÉLEVÉE	COURT	NÉGATIFS	NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF/NÉGATIF
A.6. Déplacement des coûts vers le secteur privé (financement accru des coûts du système par les utilisateurs)	MODÉRÉE	MODÉRÉ	NÉGATIFS	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
<b>B. Mesures microéconomiques visant à accroître l'efficacité</b>						
<b>B.1. Côté demande</b>						
B.1. Prévention des maladies et promotion de la santé	FAIBLE/MODÉRÉE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	AUCUNE	POSITIF
B.2. Filtrage de l'accès aux soins /aiguillage des patients	FAIBLE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
B.3. Coordination des soins soins intégrés/soins auto-administrés	MODÉRÉE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF/NÉGATIF
B.4. Meilleur contact patient/médecin	FAIBLE	MODÉRÉ	AUCUNE/POSITIFS	POSITIVE	AUCUNE/POSITIVE	POSITIF/NÉGATIF
B.5. Accès à un praticien en dehors des heures de consultation (pour désengorger les services d'urgence hospitaliers)	MODÉRÉE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE	POSITIF
<b>B.2. Côté offre</b>						
B.6. Poursuite du transfert des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires	MODÉRÉE/ÉLEVÉE	LONG	NÉGATIFS	POSITIVE/NÉGATIVE	NÉGATIVE	POSITIF
B.7. Renforcement du rôle des acheteurs de soins	MODÉRÉE	LONG	POSITIFS/NÉGATIFS	POSITIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
B.8. Amélioration des systèmes de contractualisation /d'achat et de paiement des hôpitaux	MODÉRÉE	LONG	AUCUNE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
B.9. Plus grande indépendance de gestion	FAIBLE	LONG	INCONNUS	POSITIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
B.10. Amélioration des méthodes de rémunération /incitations pour les hôpitaux	MODÉRÉE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
B.11. Surveillance des progrès technologiques et de la tarification des produits médicaux	MODÉRÉE/FAIBLE	LONG	POSITIFS/NÉGATIFS	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF
B.12. Recours accru aux TIC pour la transmission de données	MODÉRÉE/FAIBLE	LONG	POSITIFS/NÉGATIFS	POSITIVE	POSITIVE/NÉGATIVE	POSITIF/NÉGATIF

Note : D'après l'évaluation antérieure des politiques par le Secrétariat de l'OCDE et les travaux publiés. La première colonne fait apparaître le type de mesure de réforme. Dans les deux colonnes suivantes figure l'impact à prévoir sur les dépenses, compte tenu de l'importance de l'effet et du délai de mise en œuvre. Les quatre dernières colonnes mettent en évidence certaines des répercussions sur les objectifs en termes de soins de santé, en indiquant les domaines dans lesquels des arbitrages peuvent s'avérer nécessaires entre les mesures. Les effets sont dits « positifs » si la probabilité de réalisation de l'objectif visé est plus grande et « positifs/négatifs » si la mesure peut agir dans un sens favorable ou défavorable selon le contexte institutionnel dans lequel elle s'inscrit et/ou ses modalités de mise en œuvre.

### 3. Mesures agissant sur l'offre pour réduire les dépenses et améliorer le rapport coût-efficacité

Comme indiqué plus haut, les mesures prises pour freiner la croissance des dépenses ont d'abord cherché à limiter le volume et le prix des ressources en travail et en capital mises en œuvre dans l'offre de soins de santé ; ont été ensuite instaurés des systèmes d'enveloppes budgétaires ou de plafonnements applicables à l'ensemble du secteur de la santé ou à certains sous-secteurs tels que les hôpitaux.

Les années 60 et 70 ont été marquées par une croissance rapide de l'offre dans les soins ambulatoires comme hospitaliers. Avec les progrès technologiques et la modification de la charge de morbidité, les besoins de soins hospitaliers ont diminué parallèlement à une augmentation de la demande – et des possibilités – de traitements ambulatoires. Les nouveaux médicaments ont joué un rôle important dans ce rééquilibrage : leur part grandissante dans les dépenses de santé en témoigne. Mais cette évolution a sans doute eu un impact net positif sur l'efficacité globale du secteur de la santé car les patients ont pu se diriger vers des soins moins coûteux.

Si la densité de médecins et d'infirmiers a augmenté dans tous les pays de l'OCDE au cours des 30 dernières années, cette progression tend à ralentir (tableaux 2.2 et 2.3). En effet, selon certains décideurs et analystes, l'augmentation du nombre de médecins a peut-être induit une plus grande demande de soins et un accroissement des dépenses de santé, notamment lorsque les médecins étaient payés à l'acte. Malgré cette tendance générale à la hausse, les écarts de densité restent importants entre les pays (graphique 2.2). La tendance est comparable pour le personnel infirmier sur la même période.

Concernant l'offre de soins hospitaliers, on a d'abord constaté un délai d'action des mesures entre l'évolution de la morbidité vers des maladies chroniques et les possibilités de traitement en ambulatoire<sup>5</sup>. Néanmoins, ces vingt dernières années, les pouvoirs publics se sont attachés à réduire le nombre de lits de soins aigus par habitant dont le coût est élevé. Des mesures incitatives ont été prises pour concentrer les soins aigus dans des unités hospitalières plus grandes de manière à profiter d'économies d'échelle et de gamme. Le risque de dépassement des dépenses publiques globales a probablement été ainsi limité, le nombre de lits à remplir étant moindre. Dans le même temps, les États ont encadré plus strictement les dépenses d'équipement au titre des nouveaux hôpitaux, les conditionnant bien souvent à une restructuration ultérieure de l'offre existante. Nonobstant, certains pays sont toujours confrontés à des déséquilibres apparents en matière de soins en milieu hospitalier<sup>6</sup>.

**Tableau 2.2. Évolution du nombre de médecins pour 1 000 habitants, 1980-2008**

	Médecins en exercice pour 1 000 habitants				Taux de croissance annuel moyen		
	1980 <sup>3</sup>	1990 <sup>4</sup>	2000 <sup>5</sup>	2008 <sup>6</sup>	1980-1990	1990-2000	2000-2008
Allemagne		2.8	3.3	3.6		1.9%	1.1%
Australie	1.9	2.2	2.5	3.0	1.6%	1.3%	2.7%
Autriche	2.2	3.0	3.9	4.6	3.1%	2.5%	2.2%
Belgique	2.3	3.3	3.9	3.0	3.5%	1.7%	-3.2%
Canada <sup>1</sup>	1.8	2.1	2.1	2.3	1.6%	0.0%	1.0%
Chili							
Corée	0.5	0.8	1.3	1.9	5.8%	4.6%	4.6%
Danemark	1.8	2.5	2.9	3.4	3.5%	1.6%	2.3%
Espagne			3.3	3.6			1.1%
Estonie	3.6	3.5	3.3	3.4	-0.3%	-0.7%	0.3%
États-Unis			2.3	2.4			0.7%
Finlande			2.5	2.7			1.1%
France <sup>1</sup>		3.1	3.3	3.3		0.7%	0.2%
Grèce <sup>1</sup>	2.4	3.4	4.3	6.0	3.4%	2.5%	4.2%
Hongrie	2.3	2.9	2.7	3.1	2.5%	-0.9%	1.8%
Irlande <sup>2</sup>		1.6	2.2	3.2		3.7%	4.8%
Islande	2.1	2.9	3.4	3.7	2.9%	1.9%	1.0%
Israël*			3.5	3.6			0.2%
Italie <sup>2</sup>	2.6	4.7	6.1	6.2	6.0%	2.6%	0.3%
Japon	1.3	1.7	1.9	2.2	2.7%	1.6%	1.4%
Luxembourg	1.7	2.0	2.2	2.8	1.6%	0.7%	4.1%
Mexique		1.0	1.6	2.0		5.3%	2.6%
Norvège	2.0	2.6	2.8	4.0	2.4%	1.0%	4.1%
Nouvelle-Zélande			2.2	2.5			1.2%
Pays-Bas <sup>2</sup>	1.9	2.5	3.1	3.7	2.8%	2.1%	2.7%
Pologne	1.8	2.2	2.2	2.2	1.8%	0.3%	-0.3%
Portugal <sup>2</sup>	2.0	2.8	3.2	3.7	3.6%	1.2%	1.8%
République slovaque			3.2	3.0			-1.0%
République tchèque	2.3	2.7	3.4	3.6	1.8%	2.2%	0.8%
Royaume-Uni	1.3	1.6	2.0	2.6	2.1%	1.9%	3.6%
Slovénie			2.2	2.4			1.4%
Suède	2.2	2.6	3.1	3.6	1.6%	1.7%	3.1%
Suisse				3.8			
Turquie <sup>1</sup>	0.6	0.9	1.0	1.5	4.0%	1.5%	4.8%

1. Médecins professionnellement actifs.

2. Médecins habilités à exercer.

3. Données de 1981 pour la Corée.

4. Données de 1991 pour l'Allemagne et la Norvège.

5. Données de 1999 pour la Norvège.

6. Données de 2007 pour l'Australie, le Danemark, le Luxembourg, les Pays-Bas et la République slovaque, et de 2005 pour la Suède.

\* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331885>



**Tableau 2.3. Évolution du nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants, 1980-2008**

	Infirmiers en exercice pour 1 000 habitants				Taux de croissance annuel moyen		
	1980 <sup>3</sup>	1990 <sup>4</sup>	2000 <sup>5</sup>	2008 <sup>6</sup>	1980-1990	1990-2000	2000-2008
Allemagne			9.6	10.7			1.4%
Australie	10.3	11.6	10.0	10.1	1.2%	-1.5%	0.1%
Autriche			7.2	7.5			0.6%
Belgique							
Canada	9.6	11.1	10.1	9.2	1.5%	-0.9%	-1.2%
Chili							
Corée			3.0	4.4			4.9%
Danemark			12.4	14.3			2.1%
Espagne			3.6	4.8			3.7%
Estonie	7.3	7.5	6.0	6.4	0.2%	-2.2%	0.9%
États-Unis <sup>1</sup>			10.2	10.8			0.7%
Finlande			13.8	15.5			1.6%
France <sup>1</sup>			6.7	7.9			2.2%
Grèce	1.9		2.9	3.4			2.1%
Hongrie		5.2	5.3	6.2		0.2%	1.9%
Irlande <sup>1</sup>			14.0	16.2			1.8%
Islande	8.9	12.5	13.3	14.8	3.5%	0.6%	1.4%
Israël*			5.4	5.1			-0.6%
Italie <sup>2</sup>			5.6	6.3			1.5%
Japon			8.4	9.5			2.2%
Luxembourg			7.4	10.9			6.8%
Mexique		1.8	2.2	2.4		2.5%	0.8%
Norvège			12.1	14.0			2.4%
Nouvelle-Zélande				9.7			
Pays-Bas			9.6	10.5			1.3%
Pologne	4.4	5.5	5.0	5.2	2.2%	-1.0%	0.6%
Portugal <sup>1</sup>			3.7	5.3			4.8%
République slovaque <sup>1</sup>			7.4	6.3			-2.1%
République tchèque	5.9	7.2	7.6	8.1	2.0%	0.5%	0.8%
Royaume-Uni			8.7	9.5			1.2%
Slovénie			6.9	7.9			1.8%
Suède	6.9	8.7	9.9	10.8	1.9%	1.4%	1.5%
Suisse			12.9	14.9			1.9%
Turquie <sup>1</sup>				1.3			

1. Infirmiers professionnellement actifs.

2. Infirmiers habilités à exercer.

3. Données de 1979 pour la Grèce et la Suède.

4. Données de 1991 pour la Suède.

5. Données de 2002 pour le Japon et la Norvège.

6. Données de 2006 pour le Luxembourg et la Suède, et de 2007 pour l'Australie, le Danemark, la Finlande et les Pays-Bas.

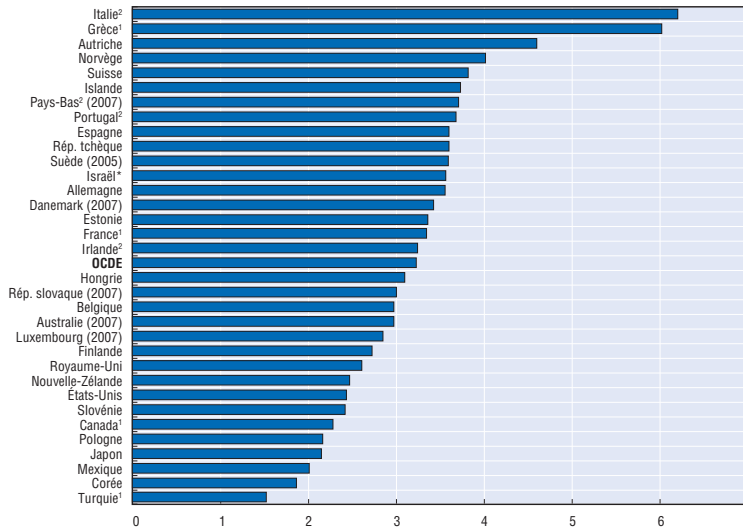
\* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331904>

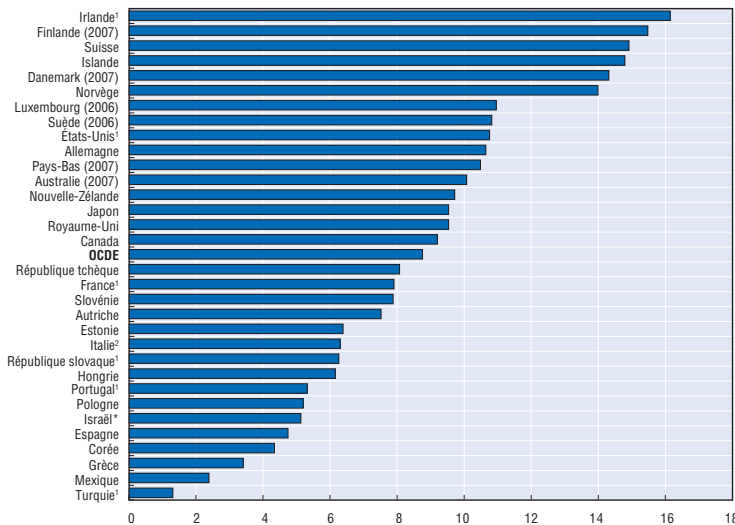
**Graphique 2.2. Professionnels de santé pour 1 000 habitants, 2008**

Partie A. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2008 (ou année la plus proche disponible)



1. Médecins professionnellement actifs.
2. Médecins habilités à exercer.

Partie B. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2008 (ou année la plus proche disponible)



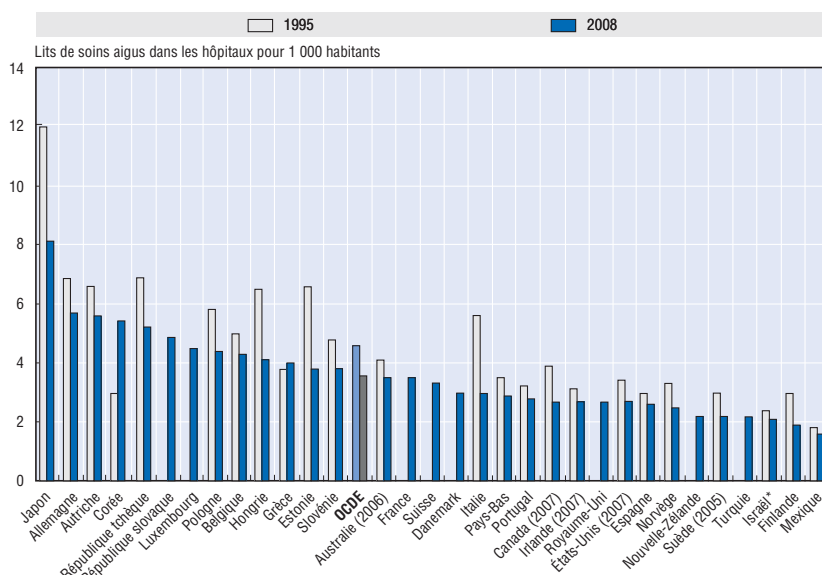
1. Personnel infirmier professionnellement actif.
2. Personnel infirmier habilité à exercer.

\*. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331486>

**Graphique 2.3. Lits de soins aigus dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, 1995 et 2008**

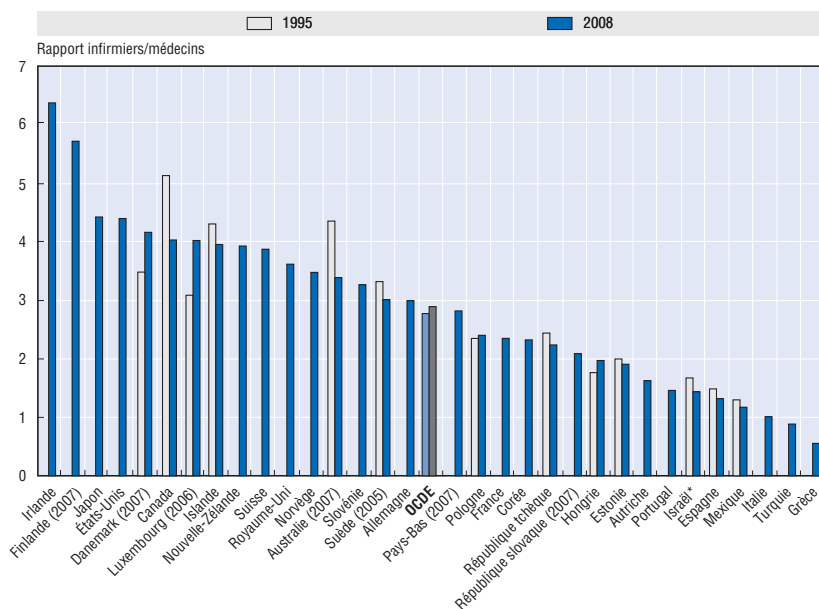


\* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331505>

**Graphique 2.4. Rapport infirmiers/médecins, 1995 et 2008**



\* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331524>

### *Disparités entre les pays et gains d'efficience possibles*

Malgré ces évolutions, de fortes disparités subsistent entre les pays en ce qui concerne le nombre de médecins, les effectifs d'autres personnels de santé et le nombre de lits par habitant. Alors que la Grèce et l'Italie donnent peut-être une trop grande place aux médecins, l'Irlande semble avoir des effectifs infirmiers pléthoriques (graphique 2.2). Le nombre élevé de lits de soins aigus par habitant dont disposent quelques pays (Allemagne, Autriche, Hongrie, Japon, République slovaque et République tchèque, par exemple) laisse supposer que de nouveaux ajustements sont possibles bien que, dans certains cas, les écarts observés tiennent à la difficulté de distinguer les lits de soins aigus des lits de soins de longue durée (graphique 2.3) (Joumard *et al.*, 2008). Les écarts sont également considérables pour ce qui est du rapport infirmiers/médecins (de plus de 6 en Irlande à 0.6 en Grèce) (graphique 2.4).

Cette diversité donne à penser qu'il est possible d'organiser plus efficacement les soins de santé en réduisant l'offre globale de prestataires dans les pays où cette offre semble excédentaire ou par un meilleur alignement des compétences des différents types de professionnels de santé (recours accru au personnel infirmier lorsqu'il y a pénurie de médecins). Les perspectives de gains d'efficience sont confirmées par des éléments montrant que les résultats sur le plan de la santé rapportés au nombre de praticiens varient sensiblement entre les pays de l'OCDE même lorsqu'on neutralise les autres déterminants de l'état de santé, et par le fait que la productivité des professionnels de santé paraît supérieure dans les pays où l'offre a été limitée (Joumard *et al.*, 2008).

### *Ajuster les intrants du système de santé*

On ne saurait guère s'en remettre entièrement au marché pour atteindre le niveau, la répartition et l'éventail de compétences médicales voulus, étant donné les défaillances du marché dans le secteur de la santé (Smith, 2009). Par conséquent, les pouvoirs publics exercent un contrôle important sur les intrants : effectifs, équipements/stock de capital et dépenses de médicaments. S'agissant des effectifs médicaux, le *numerus clausus* applicable aux étudiants en médecine est le moyen le plus couramment employé pour limiter le nombre total de médecins, et de tels quotas existent dans tous les pays sauf trois (Luxembourg, République tchèque et Japon) (tableau 2.4). Pourtant, les effectifs médicaux et le nombre de lits de soins aigus, par habitant, varient considérablement selon les pays. Le degré de contrôle et le niveau administratif auquel se prennent les décisions sont très disparates d'un pays à l'autre.

**Tableau 2.4. Régulation des effectifs de médecins**

Quotas d'étudiants en médecine ou quotas d'étudiants par spécialité	Politique de régulation des installations ou politique visant à remédier aux pénuries perçues ou à une mauvaise distribution	
Non	Non	Luxembourg
Non	Oui	Japon, République tchèque
Oui	Oui	Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Turquie

Source : Paris *et al.* (2010).

Des problèmes d'offre à plus long terme sont à prendre en considération lorsqu'on évalue le rôle possible de la réduction des effectifs médicaux dans une optique de restrictions budgétaires. Tout d'abord, dans les pays où la densité de prestataires de soins est faible, il serait probablement peu judicieux de continuer à en réduire le nombre, et les gains d'efficacité qu'une telle solution peut apporter sont surtout à prévoir dans des pays où le niveau de départ est élevé.

Ensuite, la spécialisation s'est accentuée, et on compte actuellement deux spécialistes pour un généraliste, en moyenne, dans la zone OCDE (OCDE, 2009). En effet, un certain nombre de pays sont confrontés à une pénurie croissante de médecins généralistes de premier recours, du fait probablement que les généralistes sont partout moins bien rémunérés que leurs confrères spécialistes, parfois de beaucoup<sup>7</sup>. Le phénomène est encore plus marqué dans les zones rurales et socialement défavorisées. Aussi certains pays commencent-ils à faire de la médecine générale une spécialité en soi afin d'attirer de nouveaux praticiens (Irlande), tout en s'orientant bien souvent vers des dispositifs de soins primaires plus appropriés (voir ci-dessous). Cela peut avoir pour corollaire un alignement de la rémunération des généralistes sur celle des spécialistes traditionnels. Certains pays manquent aussi de personnel infirmier (graphique 2.2 et tableau 2.3).

Enfin, la demande de professionnels de santé est appelée à croître. Le temps de travail du personnel médical pourrait diminuer dans le futur, d'où une réduction de l'offre globale de services<sup>8</sup>. Outre le vieillissement général des populations et des effectifs occupés, la plupart des pays envisagent désormais avec inquiétude l'impact du départ prévu d'une grande proportion des professionnels de santé du fait que les générations du « baby boom » d'après-guerre arrivent à la retraite. L'offre va probablement chuter au moment même où les besoins liés à l'âge commencent à augmenter (en France, par exemple).

L'un des problèmes essentiels de l'ajustement des effectifs médicaux tient au décalage entre la perception d'une augmentation des besoins et l'évolution de l'offre de personnel médical compétent, et plus particulièrement de médecins dont les études peuvent durer dix ans ou plus (notamment en cas de spécialisation). Le *numerus clausus* applicable aux étudiants en médecine demeure, semble-t-il, le mécanisme régulateur le plus répandu pour contrôler l'offre globale de personnel médical. Si le nombre de nouveaux entrants dans les écoles de médecine a été récemment revu à la hausse par bien des pays, cela ne se traduit pas encore par un accroissement notable de l'offre. À court terme, les pénuries de médecins et d'infirmiers sont souvent (partiellement) résorbées par l'immigration de personnel médical (OCDE, 2008a). Toutefois, pour la plupart des pays, ce n'est pas une politique viable à long terme, d'autant qu'elle peut revenir à déplacer le problème vers des pays hors OCDE où l'offre de soins de santé laisse encore plus à désirer.

Ainsi, une meilleure planification des ressources humaines axée sur le maintien à long terme d'une offre adéquate de professionnels de santé qualifiés s'avère nécessaire (OCDE, 2008a). Ces problèmes d'offre de professionnels de santé ont sérieusement compliqué les réformes. À titre d'exemple, le Canada et le Royaume-Uni ont augmenté leur budget santé dans les années 90 après de longues années de restriction mais, comme le Danemark, ils ont peiné à accroître l'offre de soins, faute de médecins et d'infirmiers en nombre suffisant. La réduction de l'offre s'est accompagnée de pressions à la hausse sur les salaires des professionnels de santé. L'assouplissement de la contrainte financière au niveau macroéconomique a conduit à un relèvement des salaires des professionnels de santé plutôt qu'à l'augmentation de l'offre de soins escomptée (voir ci-après) (Rapport *et al.*, 2009).

Le développement de la formation et l'immigration ne sont pas les seules mesures envisageables. On peut parer aux rigidités de l'offre de plusieurs manières : *i*) en veillant davantage à maintenir les professionnels dans leur poste (notamment par de meilleures politiques d'organisation et de gestion, en particulier pour les médecins exerçant dans des zones rurales reculées) ; *ii*) en faisant prévaloir l'intégration des personnels de santé (par exemple, en réintégrant d'anciens infirmiers ou médecins dans les effectifs de santé et en améliorant les procédures de reconnaissance des qualifications des professionnels de santé obtenues à l'étranger ou, le cas échéant, en les complétant) ; *iii*) en définissant le mix des compétences de manière plus efficiente (en valorisant le rôle des infirmiers et des assistants médicaux qui exercent à un niveau avancé, par exemple) ; et *iv*) en améliorant la productivité (notamment en liant la rémunération à la performance).

L'impact des mesures macroéconomiques dépend aussi du cadre réglementaire (tableaux 2.4 et 2.5). La régulation des effectifs hospitaliers, selon qu'elle intervient plutôt au niveau des sites ou à un niveau plus élevé de l'administration, varie grandement d'un pays à l'autre. Il en va de même pour les hôpitaux, le nombre de lits, l'offre et l'utilisation d'équipements coûteux. Tous les pays exercent un contrôle sur les hôpitaux et les équipements de haute technologie, sauf la Corée, la Finlande, la Grèce, l'Islande, et la Pologne (tableau 2.5). On notera toutefois que dans les pays caractérisés par une plus grande autonomie locale pour le recrutement et la rémunération, les restrictions peuvent aussi passer par des plafonds budgétaires (tableau 2.8).

**Tableau 2.5. Réglementation des équipements de haute technologie et des activités des hôpitaux**

Ouverture de nouveaux hôpitaux ou autres établissements	Augmentation/réduction du nombre de lits d'hôpitaux	Fourniture de types spécifiques de services hospitaliers	Offre d'équipements médicaux d'un coût élevé	
Aucune réglementation	Aucune réglementation	Aucune réglementation	Aucune réglementation	Corée, Finlande, Grèce, Islande, Pologne
Aucune réglementation	Aucune réglementation	Aucune réglementation	Réglementée	République tchèque
Aucune réglementation	Aucune réglementation	Réglementée	Aucune réglementation	République slovaque
Aucune réglementation	Réglementée	Aucune réglementation	Aucune réglementation	
Réglementée	Aucune réglementation	Aucune réglementation	Aucune réglementation	Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni
Réglementée	Aucune réglementation	Réglementée	Réglementée	Norvège, Suède
Réglementée	Réglementée	Aucune réglementation	Aucune réglementation	Japon, Pays-Bas
Réglementée	Réglementée	Réglementée	Aucune réglementation	Suisse
Réglementée	Réglementée	Réglementée	Réglementée	Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Irlande, Italie, Luxembourg, Mexique, Portugal, Turquie

Source : Paris *et al.* (2010), et mise à jour tenant compte des informations disponibles en juillet 2010.

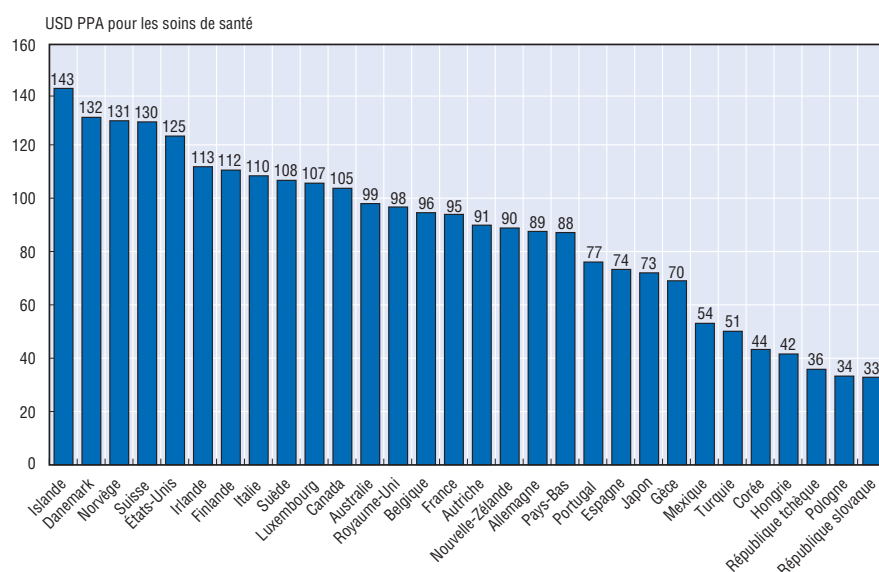
### **Contrôle des prix et des salaires**

La disparité des dépenses entre les pays peut être partiellement attribuée à la variation des prix relatifs des services de santé. Le graphique 2.5 indique le coût encouru, dans chaque pays, pour un même ensemble de biens et services en fonction des parités de pouvoir d'achat (PPA) dans le secteur de la santé<sup>9</sup>. Ce coût est très variable d'un pays à l'autre : il va de 33 USD PPA en République slovaque à 143 USD PPA en Islande. Ainsi, une partie des écarts observés dans les dépenses de santé tient à la variation des prix relatifs et non aux volumes des services. S'agissant des groupes de pays, les PPA

relatives du secteur de la santé sont particulièrement faibles dans les pays d'Asie et d'Europe orientale membres de l'OCDE.

Malheureusement, les séries chronologiques montrant l'évolution dans le temps des PPA ou la contribution de ces évolutions à la variation des dépenses de santé ne sont pas encore disponibles<sup>10</sup>. Néanmoins, il est sans doute plus envisageable de comprimer les dépenses en réduisant le prix des services de santé dans les pays où les prix relatifs sont élevés que dans ceux où ils sont bas. Pour les pays où les PPA relatives sont très faibles, empêcher une augmentation trop rapide des salaires et des prix qui les aligneraient sur la moyenne internationale reste un défi difficile à relever pour les pouvoirs publics.

**Graphique 2.5. Parités de pouvoirs d'achat (PPA) pour les biens et services de santé, 2005**



Source : OECD.Stat 2009.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331543>

Il est plus difficile de discerner, au-delà de ces données, les causes de tels écarts. Les salaires relatifs des prestataires de soins entrent en ligne de compte, étant donné la part importante des salaires et rémunérations dans le coût total des soins de santé et le vaste éventail de salaires relatifs perçus par les professionnels de santé dans les différents pays. La rémunération des médecins généralistes oscille entre 1.4 fois le salaire moyen des travailleurs en Hongrie et 4.2 fois au Royaume-Uni. Quant au salaire relatif des spécialistes, il représente 1.5 fois la rémunération moyenne nationale pour les spécialistes salariés en Hongrie et 7.6 fois pour les spécialistes indépendants aux Pays-Bas (OCDE, 2009). Le salaire des personnels infirmiers (par rapport au salaire moyen) peut être compris entre 0.7-0.8 dans certains pays d'Europe orientale et environ 2.2 au Mexique (Fujisawa et Lafortune, 2008 ; OCDE, 2009).

Ces différences entre les pays viennent peut-être de leur capacité à réguler les prix. Les tableaux 2.6 et 2.7 illustrent toute une série de modèles de négociation et de tarification ; l'ampleur et la nature de ces dispositifs varient considérablement selon les pays. Toutefois, ils donnent en soi peu d'informations sur le rôle direct des pouvoirs publics. Si ceux-ci ont souvent le dernier mot en matière de réglementation, certaines responsabilités sont parfois déléguées aux organismes d'assurance maladie et aux

professionnels de santé, au risque d'affaiblir la capacité des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses en pratique. En outre, le rôle des pouvoirs publics dans la fixation des prix a évolué dans le temps. Par conséquent, la prudence est de mise lorsqu'il s'agit d'évaluer les implications des informations figurant dans ces deux tableaux pour la maîtrise globale des coûts.

**Tableau 2.6. Réglementation des prix/honoraires des prestations médicales**

Honoraires/prix payés par les tiers payants	Honoraires/prix facturés par les prestataires (à l'assurance maladie privée ou aux patients)					
	Actes assurés par des médecins de premier recours			Actes de spécialistes		
	Ils doivent être égaux aux prix/honoraires payés par les tiers payants + le ticket modérateur le cas échéant	Ils peuvent excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur, dans certaines conditions seulement	Ils peuvent toujours excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur	Ils doivent être égaux aux prix/honoraires payés par les tiers payants + le ticket modérateur	Ils peuvent excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur dans certaines conditions	Ils peuvent toujours excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur
<b>Honoraires/prix fixés unilatéralement par les tiers payants au niveau central</b>			Australie	Pologne <sup>2</sup>		Australie
<b>Honoraires/prix négociés au niveau central entre les tiers payants et/ou l'État et les prestataires</b>	Corée, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, République tchèque	Autriche, Belgique, Danemark, France		Corée, Islande, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, République tchèque	Autriche, Belgique, France, Grèce <sup>4</sup>	
<b>Barème tarifaire basé sur les ressources établi au niveau central et négociation locale de la valeur des points</b>	Allemagne, Suisse <sup>2</sup>			Suisse, Allemagne		
<b>Honoraires/prix négociés au niveau local</b>	Canada		Nouvelle-Zélande	Canada	Nouvelle-Zélande	
<b>Honoraires/prix négociés avec chaque assureur</b>				République slovaque <sup>2,6</sup>		
<b>Capitation ou salaire fixés unilatéralement par les tiers payants ou le gouvernement au niveau central</b>	Pologne <sup>2</sup> , République slovaque <sup>2</sup>	Hongrie <sup>4</sup>			Hongrie <sup>4</sup>	
<b>Capitation ou salaire négociés par les parties intéressées au niveau central</b>	Espagne, Islande, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Turquie	Grèce <sup>4</sup> , Finlande, Irlande <sup>3</sup> , Mexique <sup>3</sup>		Espagne, Danemark, Italie, Portugal, Turquie	Finlande <sup>3</sup> , Irlande <sup>3</sup> , Mexique <sup>3</sup> , Royaume-Uni <sup>3</sup>	
<b>Capitation ou salaire négociés par les parties intéressées au niveau local</b>	Suède			Suède		

1. Les honoraires/prix peuvent ou non inclure le ticket modérateur.
2. Les médecins peuvent pratiquer des honoraires libres s'ils ne font pas partie du système d'assurance maladie universelle ou offrent des prestations non couvertes, mais ces cas de figure sont considérés comme marginaux.
3. Concernant les prestations privées faisant l'objet d'un paiement à l'acte, les médecins peuvent le plus souvent pratiquer des honoraires libres.
4. Les médecins ne peuvent pas, en principe, demander de dépassement d'honoraires, mais les paiements informels sont courants.
5. Pour les deux tiers de la population, les généralistes pratiquent des honoraires libres.
6. Un barème tarifaire basé sur les ressources est fixé au niveau central, les assurances maladie négocient les plafonds de volumes et les valeurs des points.

Source : Paris *et al.* (2010).



Tableau 2.7. Réglementation des tarifs des prestations hospitalières couvertes

	Prix facturés par les prestataires		
Prix payé par les tiers payants (couverture de santé primaire de base)	Ils doivent être égaux aux prix/honoraires payés par les tiers payants + le ticket modérateur, le cas échéant	Les patients peuvent payer un supplément pour une chambre de catégorie supérieure	Les patients peuvent payer un supplément pour une chambre de catégorie supérieure ET des frais supplémentaires facturés par les médecins
<b>Déterminé par l'administration centrale</b>	Norvège		Irlande, Royaume-Uni (consultation privée)
<b>Négocié par les parties intéressées au niveau central</b>	Australie (patients publics pris en charge dans des hôpitaux publics <sup>1</sup> ), France (hôpitaux publics <sup>2</sup> ), Grèce, Hongrie, Japon	Autriche, Corée	Australie (patients privés des hôpitaux publics ou privés), Belgique, France (hôpitaux publics ou consultation privée en hôpital public), Turquie
<b>GHM définis au niveau central avec négociation des taux au niveau local ou avec les assureurs</b>	Danemark, Italie, Pologne		Allemagne
<b>Négocié par les parties intéressées au niveau local</b>	Espagne, Finlande, Suède	Canada, Suisse	
<b>Négocié au niveau central avec possibilité de nouvelles négociations entre les prestataires et les assureurs individuels</b>	Pays-Bas, République tchèque <sup>3</sup> , République slovaque <sup>3</sup>		
<b>Négocié entre les tiers-payants et les prestataires individuels</b>			Mexique (hôpitaux privés)
<b>Paiement sur le budget global</b>	Islande, Luxembourg, Mexique (hôpitaux publics), Nouvelle Zélande, Portugal		

1. Les soins sont gratuits pour les patients publics.
2. Incluent la plupart des hôpitaux privés à but non lucratif.
3. Les paiements informels sont courants.

Source : Paris *et al.* (2010).

Jusqu'à présent, l'encadrement des salaires a été, en toute logique, particulièrement répandu dans les pays à système public intégré, et ce dans les secteurs hospitalier et ambulatoire dès lors que les personnels de santé sont salariés – Danemark (hôpitaux), Espagne, Finlande, Irlande (hôpitaux), Royaume-Uni (hôpitaux), Suède –, même s'il s'est souvent inscrit sur fond de modération salariale étendue à l'ensemble de la fonction publique, sans viser expressément le secteur de la santé. Dans certains pays (Australie, Belgique, Canada, France, Japon, Luxembourg et Suisse, par exemple), les pouvoirs publics sont intervenus lorsque les payeurs et les prestataires ne parvenaient pas à s'entendre sur les honoraires et les prix (Docteur et Oxley, 2004). La maîtrise des coûts au Japon a largement reposé sur la tarification des soins à la fois ambulatoires et hospitaliers (Imai et Oxley, 2004).

Dans d'autres pays, les prix s'ajustent automatiquement en fonction du volume de soins de façon à ne pas dépasser un plafond budgétaire déterminé. En Allemagne, un barème tarifaire basé sur les ressources a été mis en place, la valeur des points gagnés par chaque praticien diminuant à mesure que le nombre total de points (pour l'ensemble des praticiens) augmente, de sorte que l'enveloppe budgétaire ne soit pas dépassée. Des dispositifs similaires sont utilisés pour les spécialistes en République slovaque (tableau 2.6).

Le contrôle plus strict du volume des intrants, et en particulier des prix et des salaires, devrait permettre aux pouvoirs publics d'influer sensiblement sur les dépenses à court terme si la période de repli l'exige, et l'impact pourrait être encore plus marqué en cas de forte inflation. Cet impact dépend toutefois d'un certain nombre de facteurs :

- existence de relations contractuelles entre les payeurs et les prestataires selon, par exemple, que les contrats de travail sont ou non pluriannuels et que la rémunération est ou non formellement indexée sur l'inflation ;
- nombre de prestataires de soins fixé ou non par les autorités ; et
- degré d'érosion des réductions de coûts en fonction de la réaction des prestataires. D'une part, des prix moindres peuvent déclencher un effet de substitution pour les prestataires et des volumes moindres de services de santé, le traitement des patients devenant moins lucratif. D'autre part, un effet revenu peut induire des volumes de soins plus importants, les médecins cherchant à compenser la perte de rémunération par une offre accrue<sup>11,12</sup>.

Pour réduire les salaires relatifs des prestataires de soins, les mesures doivent prendre en compte les effets négatifs potentiels dans les pays où les salaires sont particulièrement bas. Une faible rémunération peut inciter les intéressés à cumuler les emplois pour joindre les deux bouts, si bien qu'ils risquent d'avoir plus de mal à entretenir leurs connaissances et leurs compétences, ou de raccourcir leur temps de travail, et donc de réduire l'offre. Dans certains pays (Grèce, Hongrie, Pologne, République slovaque et République tchèque), les paiements informels sont devenus courants<sup>13</sup>. Au Japon et en Corée, le bas niveau des honoraires peut aller de pair avec une demande induite, des volumes de soins plus importants que nécessaire et un mécontentement des patients. Fait très important pour la viabilité à long terme du système de santé, la faiblesse des rémunérations peut entraîner un exode des professionnels de la médecine.

### *Politiques de prix des produits pharmaceutiques*

La fixation des prix dans le secteur pharmaceutique requiert une attention particulière en raison des spécificités de ce marché (Docteur et Paris, 2009). Bien qu'elles représentent une faible part du total des coûts de santé (17 % des dépenses totales de santé de la zone OCDE en moyenne), les dépenses pharmaceutiques augmentent plus rapidement que les autres grandes composantes. Les médicaments sont beaucoup plus chers dans quelques pays (surtout les pays d'Europe orientale, le Mexique et la Grèce). Le principal problème qui se pose pour les décideurs sur ce marché consiste à déterminer le juste équilibre entre, d'une part, optimiser les dépenses pour les patients et les payeurs aujourd'hui, et, d'autre part, veiller à ce que les incitations en faveur de l'innovation restent suffisamment fortes – afin que des médicaments plus performants soient mis au point à l'avenir. Enfin, il faut également trouver les moyens de limiter la demande sur un marché où les patients ont rarement à prendre en charge le coût intégral des médicaments prescrits et faire en sorte que le système de distribution des médicaments, qui représente un tiers du coût total, fonctionne efficacement.

Pour fixer les prix, déterminer la couverture et influencer la demande de produits pharmaceutiques et l'éventail proposé, on dispose d'un vaste arsenal de techniques (Docteur et Paris, 2009 ; et chapitre 6 du présent rapport), parmi lesquelles l'évaluation comparative externe utilisant les prix des autres pays comme guide, l'utilisation de prix de référence internes, l'évaluation pharmaco-économique et les systèmes de partage du risque. Plusieurs réformes sont envisageables dans ce domaine :

- modifier les modalités de remboursement et la tarification de manière à orienter les consommateurs vers des produits moins coûteux (par exemple, en encourageant le recours aux génériques), et proposer des incitations propices à des mécanismes de distribution plus efficaces ;
- renforcer le rôle de l'évaluation pharmaco-économique dans la détermination de la valeur ; et
- établir des accords prix-volume où les prix sont ajustés lorsque les dépenses de médicaments dépassent les plafonds convenus.

Le contrôle des prix peut être un instrument efficace de réduction des coûts ; par exemple, les fabricants de médicaments issus de la recherche en Irlande ont récemment accepté de baisser de 40 % le prix de près de 300 médicaments couramment prescrits.

### *Plafonds et contraintes budgétaires*

Les dépenses publiques de santé continuant à augmenter, des plafonds ou enveloppes budgétaires sont de plus en plus utilisés pour les maîtriser. Ces instruments peuvent consister à limiter globalement les dépenses publiques ou s'appliquer à des secteurs précis (hôpitaux, par exemple). Le tableau 2.8 montre que tous les pays – sauf l'Autriche, le Japon, la Corée et la Suisse, de même que les États-Unis – ont défini des formes de plafond budgétaire ou de limitation des dépenses. Dans les autres pays, des restrictions sont imposées soit au niveau national ou local, soit à celui de certains hôpitaux, ou diverses techniques sont employées pour contenir les dépenses (par le biais de la tarification dans le cas du Japon).

Initialement axées sur le secteur hospitalier (élément le plus coûteux du système), ces techniques ont été bien souvent complétées par un plafonnement global des dépenses et des plafonnements additionnels pour les soins ambulatoires et les produits pharmaceutiques, car il est difficile de maîtriser le total des dépenses en visant une seule composante des soins. De manière générale, les mesures tendant à contrôler et réorganiser l'offre et à plafonner les dépenses s'avèrent plus concluantes pour le secteur hospitalier que pour les soins ambulatoires ou les produits pharmaceutiques, même si les spécificités institutionnelles induisent des disparités considérables entre les pays<sup>14</sup>. Par ailleurs, la maîtrise des dépenses via un plafonnement budgétaire a mieux fonctionné dans des pays comme le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, où les modèles intégrés de financement et d'offre de soins sont (ou étaient) la règle, ainsi que dans les pays à payeur unique, comme le Canada, où les budgets de la santé sont en général explicitement fixés à la faveur du processus budgétaire (Mossialos et Le Grand, 1999).

**Tableau 2.8. Rigueur de la contrainte budgétaire**

Nature de la contrainte budgétaire	
Aucune contrainte budgétaire	Autriche, Corée, Japon, Suisse
Objectif de dépenses sans dotation budgétaire ultérieure	Luxembourg
Objectif de dépenses avec financement cloisonné ou dotation budgétaire régionale	Allemagne, Australie, Belgique, Danemark, Espagne <sup>1</sup> , Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Pays-Bas, République slovaque, République tchèque, Turquie
Objectif de dépenses avec financement cloisonné et dotation budgétaire régionale	Canada, Mexique
Budget de la santé rigoureux sans dotation budgétaire ultérieure	
Budget de la santé rigoureux avec financement cloisonné ou dotation budgétaire régionale	Hongrie, Italie <sup>2</sup> , Irlande <sup>2</sup>
Un budget de la santé rigoureux avec financement cloisonné et dotation budgétaire régionale	Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède

1. Sous-objectifs par région/secteur en Espagne ; sous-objectifs pour différents services de santé (financement cloisonné) pour les autres pays.

2. Sous-objectifs par région/secteur/domaine en Italie et Irlande ; sous-objectifs pour différents services de santé (financement cloisonné) pour la Hongrie.

Source : Paris *et al.* (2010).

Quelques pays dotés de systèmes d'assurance sociale (Belgique, France, Luxembourg et Pays-Bas) ont établi des budgets ou des objectifs indicatifs, mais bien souvent, les limites n'ont pas été respectées, en partie parce qu'elles n'avaient pas un caractère obligatoire et, parfois, parce qu'il était impossible de récupérer un excédent de dépenses les années suivantes<sup>15,16</sup>. D'autres pays ont imposé des limites de façon indirecte : en 1994, le gouvernement tchèque a fixé des plafonds budgétaires aux différents prestataires (après la forte progression des dépenses en 1992/93), en déléguant la mise en œuvre au principal assureur ; dans les pays où l'offre est organisée aux niveaux inférieurs de l'administration, les autorités centrales ont limité le montant des transferts entre les différents niveaux (Canada, Finlande) ou limité les hausses d'impôts aux niveaux inférieurs (Danemark et Suède).

Le contrôle budgétaire a également évolué vers un abandon progressif des paiements rétrospectifs – paiement *a posteriori* du prestataire sur la base des coûts – au profit de budgets prospectifs. Au niveau le plus élémentaire, des contraintes budgétaires ont été imposées aux prestataires dont on attendait toutefois qu'ils continuent à ajuster leur offre pour répondre à la demande croissante de soins.

Toutefois, des restrictions de dépenses émanant de l'administration centrale sous forme de plafonds budgétaires peuvent avoir des effets incitatifs indésirables, selon la réglementation en vigueur. Elles n'encouragent pas les prestataires à accroître l'offre de soins ou à améliorer leur productivité (et peuvent même sérieusement les en dissuader). Par exemple, lorsque l'allocation budgétaire est indépendante de la production, il n'y a pas de pénalité financière si les résultats baissent ni de compensation en cas de hausse des coûts liée à l'augmentation du volume produit. L'établissement des budgets sur la base des coûts passés peut favoriser les prestataires inefficaces au détriment des plus efficaces, et gêner la redistribution géographique de ressources rares en fonction des besoins.

En outre, lorsque les économies réalisées reviennent dans la poche des payeurs, l'existence de plafonds budgétaires fixes encouragent les fournisseurs à dépenser jusqu'à hauteur du plafond. Et dans la mesure où les plafonds budgétaires et la limitation des intrants sont souvent associés à des réductions d'effectifs et à une augmentation de la charge de travail, la motivation du personnel risque d'en pâtir, tandis que les restrictions salariales et à l'embauche peuvent interférer avec les politiques du personnel et la capacité à attirer la main-d'œuvre. En tout état de cause, la plupart des pays se trouvent dans l'obligation de financer les dépassements de coûts lorsqu'ils font face à des faillites d'hôpitaux, surtout quand ces derniers sont les seuls prestataires régionaux (Italie, Grèce, Nouvelle-Zélande et Portugal, par exemple). En conséquence, les États tendent, de plus en plus, à déterminer les budgets en donnant plus de place aux niveaux d'efficacité et de résultats des hôpitaux, ainsi qu'aux différences de besoins entre les différentes régions.

### *Maîtrise des coûts dans un environnement décentralisé*

Quelques pays associent une maîtrise rigoureuse des dépenses de santé globales au niveau central et une décentralisation de la responsabilité de l'offre de soins à des niveaux d'administration inférieurs. Certains de ces pays ont particulièrement bien réussi à contenir la croissance globale des coûts de santé (Canada et Finlande, du moins à certaines périodes). La réduction des ressources financières allouées aux niveaux d'administration inférieurs (mesures de péréquation, par exemple) a alors contraint ces derniers à revoir les dépenses à la baisse et/ou à instaurer des mesures visant à améliorer l'efficacité de l'offre. Lorsque l'offre s'en trouve affectée, ce sont les niveaux d'administration inférieurs qui subissent les critiques des patients et des prestataires, tandis que les instances centrales ont politiquement tout à gagner d'une réduction des dépenses publiques globales et des déficits publics<sup>17</sup>. Les pays ne sauraient pour autant maintenir indéfiniment une politique de modération des dépenses. Des pressions politiques de plus en plus fortes – souvent dues au mécontentement du public vis-à-vis de l'offre et de l'allongement des délais d'attente – contraignent tôt ou tard les autorités compétentes à faire machine arrière et à accroître les dépenses, parfois dans de grandes proportions.

### *Restrictions du côté de l'offre et conséquences pour d'autres objectifs des systèmes de santé (voir tableau 2.1)*

Les politiques de maîtrise des dépenses publiques de santé peuvent nuire à d'autres objectifs du système sanitaire, bien que l'ampleur des effets dépende de la période d'application des mesures envisagées : en général, plus les mesures sont appelées à durer, plus elles risquent d'entraîner des effets indésirables. Il peut néanmoins y avoir des effets positifs sur l'efficacité du système, par exemple lorsque l'offre du système de soins de santé est limitée et que les hôpitaux doivent en conséquence faire plus avec moins de ressources. Cependant, même dans ce cas de figure, des problèmes d'accès aux soins et de qualité des soins peuvent se poser. La diminution des ressources peut amener les prestataires à restreindre leur offre de soins ou freiner l'adoption de nouvelles technologies, surtout en cas de réduction des investissements.

### *Incitations visant à améliorer la performance du côté de l'offre*

Comme indiqué par les travaux de l'OCDE (2005) et de Docteur et Oxley (2004), les réformes des systèmes de santé axées sur de meilleures incitations, du côté de l'offre

comme du côté de la demande, suscitent un intérêt grandissant. Cette sous-section porte plus particulièrement sur les réformes à finalité incitative qui sont liées à l'offre, et sur leur impact lorsque les informations sont disponibles. Force est de reconnaître que les mesures censées améliorer le fonctionnement des systèmes de santé du côté de l'offre ont été privilégiées. Mais les paragraphes qui suivent redonnent une certaine importance aux aspects liés à la demande.

### *Dissociation acheteur/prestataire, achats de soins et contractualisation*

La dissociation acheteur/prestataire permet de mieux cerner les responsabilités et les modalités de gouvernance des systèmes de santé. Théoriquement, les acheteurs, qui agissent pour le compte des patients et/ou des administrations publiques, identifient les besoins de soins de santé et passent des contrats avec des prestataires pour y répondre. Ils peuvent également vérifier dans quelle mesure les objectifs des systèmes de santé sont atteints, et proposer des actions correctives dans le cas contraire. Les systèmes d'assurance (sociale) se prêtent à de multiples formes d'achat et de contractualisation. Ce type de modèle s'est cependant de plus en plus imposé dans les pays à système intégré (Italie, Nouvelle-Zélande, quelques pays nordiques, Espagne et Royaume-Uni, par exemple).

La dissociation acheteur/prestataire est un modèle intéressant pour la réalisation des objectifs des systèmes de santé. Néanmoins, il s'agit aussi d'une démarche difficile à mener à bien (Figueras *et al.*, 2005). Tout d'abord, les acheteurs ont besoin d'une information sur les besoins en santé : or, le plus souvent, ces informations n'existent pas, ou ne peuvent être obtenues qu'à un coût prohibitif. Les achats peuvent être sans grand rapport avec les objectifs du système de santé dès lors que la responsabilité de l'acheteur n'englobe pas nécessairement tous les besoins de la population en matière de soins ; par exemple, dans certains pays, il peut arriver que les organismes d'achat ne couvrent que les dépenses de soins, si bien que les dépenses de prévention sont parfois trop faibles<sup>18</sup>. Le processus de contractualisation peut également être long et onéreux, et la vérification du respect des obligations contractuelles nécessite une masse d'informations actualisées, ainsi que des compétences techniques parfois coûteuses.

Malgré ces difficultés, le modèle de base a toute sa place dans une approche plus pragmatique de l'organisation des soins. On peut fixer des objectifs de soins de santé, estimer les besoins de ressources et évaluer la performance du système. Cependant, les administrations nationales devront étudier de près la marche à suivre pour encourager la contractualisation et créer les systèmes d'information nécessaires, en particulier pour mesurer la performance.

### *Déploiement plus efficace des ressources dans le secteur ambulatoire*

La part croissante des soins ambulatoires pose également des problèmes d'organisation, et plus précisément de rémunération du personnel. S'il n'existe pas de règle absolue, les prestataires indépendants exerçant seuls et payés à l'acte constituent probablement la forme d'organisation la moins propice au traitement optimal d'un nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques. Aux États-Unis, par exemple, la maison médicale dans laquelle le médecin suit le patient au fil du temps et coordonne ses besoins est une idée qui fait son chemin ; en Allemagne et en France, comme indiqué plus haut, les initiatives récentes axées sur un filtrage partiel de l'accès aux soins laissent présager des systèmes de gestion coordonnée des soins. Il faudra encore

innover dans ce domaine, mais les évolutions dans les différents pays dépendront des points forts de chaque démarche nationale (voir chapitre 5).

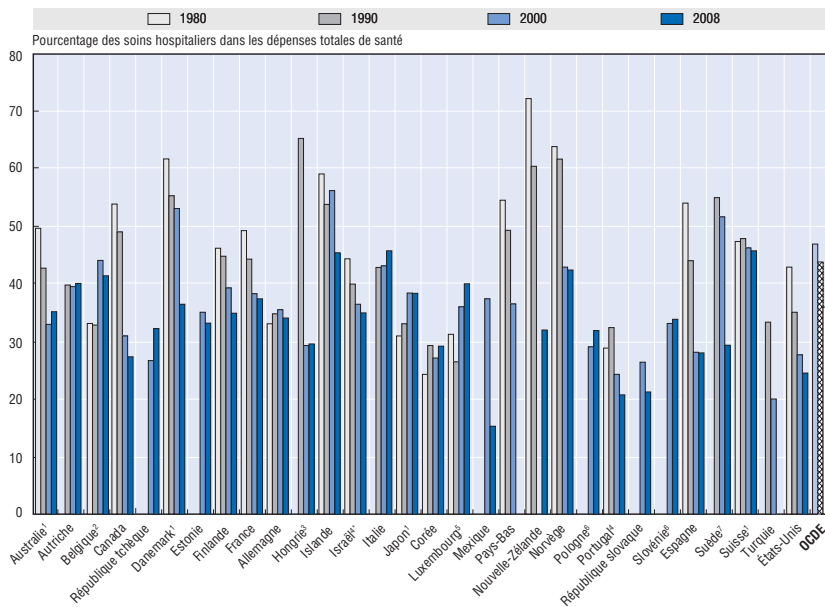
Aussi les modalités d'organisation des soins ambulatoires sont-elles très diverses. L'explication tient peut-être en partie à la difficulté de concevoir des systèmes de rémunération qui, sans encourager l'excès d'offre (comme dans le paiement à l'acte), évitent la baisse du niveau de satisfaction des consommateurs, liée par exemple aux listes d'attente pour des consultations de spécialistes ou des interventions chirurgicales sans caractère d'urgence, ce phénomène étant plus courant dans les systèmes où les prestataires sont soit rémunérés à la capitation, soit salariés. Mais quel que soit le système, la capacité à aiguiller les patients et à coordonner les soins n'a guère évolué ces dernières années, et la quasi-totalité des pays de l'OCDE y voient l'un des principaux aspects à améliorer (Hofmarcher *et al.*, 2007)<sup>19</sup>.

S'agissant des modes de rémunération, certains pays ont évolué vers des systèmes mixtes associant le paiement à l'acte, la capitation et diverses formes de salaires, dont on pense qu'ils sont plus performants que l'utilisation d'un mode de rémunération unique<sup>20</sup>. En Angleterre, par exemple, les cabinets de groupe jouent un rôle limité en tant qu'acheteurs, et une part importante de leur rémunération repose sur la réalisation d'objectifs de santé publique et de qualité. Toutefois, les systèmes mixtes suscitent également des difficultés et supposent que les autorités s'assurent, au moyen d'une surveillance, que les objectifs globaux du système de santé sont atteints, notamment en ce qui concerne la réactivité aux besoins des patients et l'accès aux soins spécialisés ou aux soins hospitaliers s'il y a lieu.

### *Améliorer le rapport coût-efficacité dans le secteur hospitalier*

Si, dans la plupart des pays de l'OCDE, le secteur des soins hospitaliers et des soins aigus continue de travailler sous contrat, il occupe toujours à lui seul la plus large place dans les dépenses de santé (graphiques 2.6 et 2.7)<sup>21</sup>. C'est également un domaine qui laisse entrevoir des perspectives de gains d'efficacité sans doute très importantes, compte tenu notamment du recours croissant à la chirurgie ambulatoire et du raccourcissement des séjours hospitaliers. Une série de réformes majeures ont été entreprises dans ce secteur. Pendant un certain temps, les systèmes hospitaliers, en particulier ceux gérés par les systèmes de santé nationaux, n'ont eu le plus souvent qu'une marge de manœuvre limitée face aux contraintes budgétaires. Leurs capacités de gestion ont récemment été accrues, de même que leur autonomie et les obligations de rendre des comptes pour les gestionnaires hospitaliers (Italie, Espagne, Royaume-Uni et Pays-Bas) (à des degrés divers). Les cycles budgétaires ont également été allongés, et les éventuels excédents peuvent être employés de manière plus souple – ils peuvent être utilisés par les hôpitaux et non plus récupérés par les autorités budgétaires. Cette plus grande autonomie de gestion conduit les hôpitaux à externaliser davantage les services non essentiels. Bien que les coûts liés à la surveillance du respect des objectifs de qualité ne soient pas négligeables, de l'avis général, l'externalisation peut conduire à une baisse des coûts dans la mesure où la concurrence pour ces services est suffisante (OCDE, 2006).

**Graphique 2.6. Pourcentage des soins avec hospitalisation dans les dépenses totales de santé, 1980, 1990, 2000 et 2008**



Note : Données non disponibles pour le Chili, la Grèce, l'Irlande et le Royaume-Uni.

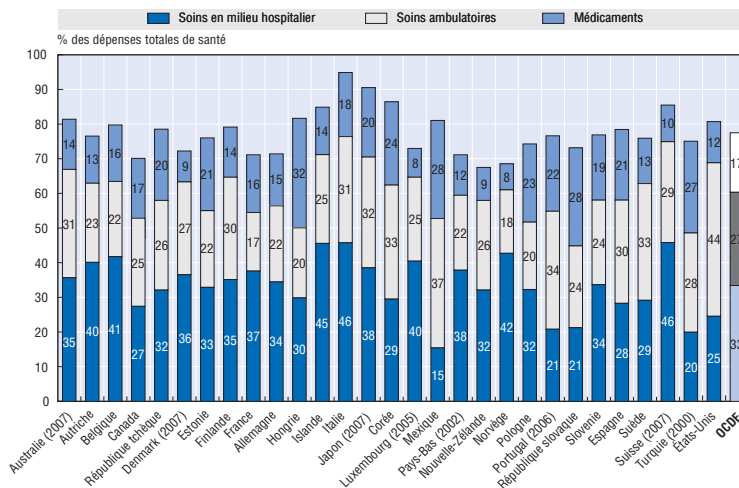
1. Données de 2007 au lieu de 2008; 2. Données de 2003 au lieu de 2000; 3. Données de 1991 au lieu de 1990; 4. Données de 2006 au lieu de 2008; 5. Données de 2005 au lieu de 2008; 6. Données de 2002 au lieu de 2000; 7. Données de 1993 au lieu de 1990.

\* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331562>

**Graphique 2.7. Dépenses de santé, par composante, 2008 (ou année la plus récente)**



Note : Données non disponibles pour le Chili, la Grèce, l'Irlande, Israël et le Royaume-Uni.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331581>



**Tableau 2.9. Mesures prises pour contrôler le volume de soins**

	Existence de politiques de contrôle du volume de soins		
	L'activité des prestataires de soins de santé est-elle réglementée/contrôlée?	La publicité directe auprès du consommateur des produits pharmaceutiques est-elle autorisée?	La rémunération des médecins est-elle liée à des objectifs de volume ?
Allemagne	Non	Oui pour certains médicaments	Non
Australie	Non	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits <sup>1</sup>
Autriche	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits
Belgique	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets	Oui pour certains médicaments	Non
Canada	Oui, contrôle du niveau d'activité	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits
Corée	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits
Danemark	Oui, contrôle du niveau d'activité	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits
Espagne	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets	Oui pour certains médicaments	Non
Finlande	Oui, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Oui, remboursement
France	Oui, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Non
Grèce	Non	Oui pour certains médicaments	Non
Hongrie	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Non
Irlande	Non	Oui pour certains médicaments	Non
Islande	Oui, contrôle du niveau d'activité	Oui pour certains médicaments	Non
Italie	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Oui, remboursement
Japon	Non	Oui pour certains médicaments	Non
Luxembourg	Oui, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Non
Mexique	Non	Oui pour certains médicaments	Non
Norvège	Oui, contrôle du niveau d'activité	Oui pour certains médicaments	Non
Nouvelle-Zélande	Non	Oui pour tous les médicaments	Non
Pays-Bas	Non	Oui pour certains médicaments	Non
Pologne	Oui, contrôle du niveau d'activité	Oui pour certains médicaments	Non
Portugal	Oui, objectifs de prescription/budgets	non	Non
Rép. slovaque	Oui, contrôle du niveau d'activité	Oui pour certains médicaments	Non
Rép. tchèque	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets	Oui pour certains médicaments	Oui, remboursement
Royaume-Uni	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits
Suède	Oui, retour d'information, objectifs de prescription/budgets	Oui pour certains médicaments	Non
Suisse	Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information	Oui pour certains médicaments	Oui, honoraires réduits
Turquie	Oui, contrôle du niveau d'activité, objectifs de prescription/budgets	non	Non

1. Dans certaines parties du pays (État de Victoria, par exemple).

Source : Paris *et al.* (2010).

Le mode de financement des services hospitaliers revêt une importance primordiale dans l'évaluation des possibilités d'améliorer l'efficacité. Les dispositifs utilisés auparavant dans de nombreux pays pour rémunérer les hôpitaux n'ont pas encouragé l'efficacité, et ont même pu avoir l'effet inverse, par exemple lorsque les coûts étaient remboursés *a posteriori* ou lorsque les tarifs pratiqués étaient sans rapport avec le coût sous-jacent de l'offre en raison du progrès technologique ou de la baisse du prix des équipements. Comme indiqué plus haut, les plafonds budgétaires ont souvent été fixés en fonction des coûts passés, figeant ainsi les performances médiocres des prestataires inefficaces sans récompenser l'efficacité des autres.

Les pays sont de plus en plus nombreux à se tourner vers les systèmes de paiement prospectif par pathologie, tels que ceux utilisant les groupes homogènes de malades (GHM), pour fixer, avant la fourniture des prestations, les rémunérations en fonction du coût estimé des soins hospitaliers pour un épisode donné. Ces systèmes encouragent les hôpitaux à accroître le volume des traitements ; ils ont aussi pour avantage d'encourager les prestataires à réduire le coût de chaque épisode de soins. Toutefois, en cas d'offre excédentaire, ils peuvent conduire à des dépassements budgétaires si les prestataires sont à même d'induire une demande additionnelle ou s'il existe une demande contenue. En conséquence, beaucoup de pays assurent désormais un suivi de l'offre et fournissent des informations en retour quant aux plafonds budgétaires en vigueur. Des raisonnements et mesures comparables s'appliquent à d'autres secteurs du système de santé, notamment aux prestations des médecins (tableau 2.9).

Pour les hôpitaux, la décentralisation du processus de décision et une plus grande indépendance administrative sont souhaitables lorsqu'elles vont de pair avec un renforcement des capacités d'encadrement, une autonomie de décision accrue et une transparence plus poussée en matière de coûts. L'indépendance de gestion peut donner lieu à un déploiement plus efficace des ressources humaines, par exemple en cas de changement des règles relatives au champ d'activité des professionnels de santé.

### ***Concurrence sur les marchés de l'assurance et des prestataires***

Dans un souci d'efficacité accrue, un certain nombre de pays ont mis en place des mécanismes de marché ou de type marché au niveau des assureurs ou des prestataires (Allemagne, Pays-Bas et Suisse). Dans le premier cas, l'objectif est d'encourager les assureurs à devenir plus efficaces au plan administratif, à offrir de meilleurs services à leurs clients et, en fin de compte, à rechercher des prestataires de meilleure qualité et plus efficaces. Toutefois, les retombées de la pression concurrentielle pour le marché des prestataires varient considérablement d'un pays à l'autre, en raison, notamment, de la diversité des cadres réglementaires.

En général, les assureurs se font concurrence sur la base d'une prime universelle obligatoire pour un ensemble de soins de base, souvent avec en option la couverture des éléments non couverts dans l'offre de base. Les assureurs doivent accepter tous les demandeurs et appliquer une tarification commune. Étant donné que les schémas de risques diffèrent entre assureurs, des mécanismes de péréquation en fonction du risque ont été mis en place pour donner des chances égales aux concurrents sur ce marché. Cependant, comme la correction en fonction du risque ne peut jamais être totale, les assureurs ont intérêt à pratiquer un « écrémage » pour attirer les bons risques et éviter les mauvais, ce qui peut être lourd de conséquences en termes d'accès (Smith, 2009).

Pour profiter au mieux d'un marché concurrentiel, les assureurs doivent être en mesure de passer contrat avec les prestataires de manière sélective, ce qui permet de cumuler une efficacité accrue et une amélioration de la qualité de l'offre de soins ; aux États-Unis, le système de gestion coordonnée des soins y est parvenu jusqu'à un certain point. Mais, dans d'autres pays (comme la Suisse et les Pays-Bas) qui cherchent à introduire plus de concurrence sur les marchés de l'assurance sociale, ce n'est que partiellement le cas et, dans plusieurs systèmes de santé, les prix sont fixés à l'issue de négociations bilatérales entre assureurs et prestataires ou directement par les autorités. Avec l'élargissement progressif du champ des services ouverts à la négociation aux Pays-Bas, l'avenir dira si ces approches ont abouti à une plus grande maîtrise des coûts<sup>22</sup>.

Même sans introduire la concurrence sur les marchés de l'assurance, l'achat collectif de services de santé, dans lesquels un acheteur cherche à passer contrat pour des services de santé donnés et pour un groupe de population bien déterminé, peut permettre aux acheteurs de faire pression sur les prestataires de soins. Les acheteurs peuvent prendre diverses formes : régime d'assurance par le biais de l'employeur aux États-Unis, assureurs sociaux (du type de ceux évoqués précédemment), administrations locales, services de santé nationaux ou régionaux. Mais la pression concurrentielle ne peut jouer que s'il existe une certaine flexibilité quant au niveau auquel les contrats sont passés et un contrôle des structures dans lesquelles les patients peuvent obtenir les soins dont ils ont besoin.

Toutefois, les gains potentiels dépendent du cadre réglementaire, de la situation du marché et de la capacité de l'acheteur à passer des contrats et à en contrôler l'exécution. En pratique, la concurrence peut être limitée par la présence d'un fournisseur unique, la complexité du processus de passation des marchés et la disponibilité des informations nécessaires pour contrôler le respect des contrats, en particulier en ce qui concerne la réactivité aux besoins des patients et la qualité clinique. Ces difficultés peuvent imposer de recourir à d'autres formes de concurrence, passant notamment par le *benchmarking* et la concurrence par comparaison.

### ***Améliorer les systèmes de données et la communication des informations pour promouvoir la qualité des soins***

Les études réalisées dans un certain nombre de pays, et notamment aux États-Unis (Institute of Medicine, 2001) ont mis en évidence des problèmes généraux de qualité des soins de santé ; des dysfonctionnements de ce type ont été également constatés dans un grand nombre d'autres pays. De l'avis général, les problèmes de qualité peuvent avoir un impact significatif sur les budgets de la santé et des soins médicaux en raison du coût à supporter pour remédier aux erreurs – hospitalisation à la suite d'un traitement inadéquat, par exemple. Le manque de coordination et de communication, entre prestataires comme entre prestataires et patients, est une cause majeure des insuffisances qualitatives observées. Une meilleure qualité des soins contribuerait à réduire ce gaspillage, et pourrait directement déboucher sur une amélioration significative de la santé et du bien-être des populations.

Le défi semble difficile à relever en l'absence de données statistiques permettant de mieux cerner le problème. Au demeurant, une utilisation plus large des TIC s'impose pour que les informations soient transmises rapidement aux organismes de surveillance (Klazinga et Ronchi, 2009 ; OCDE, 2010b ; et chapitre 7 du présent rapport). L'amélioration de la qualité des soins passe également par des systèmes qui récompensent les bonnes performances et par de nouveaux modes de rémunération des prestataires qui prennent en compte la qualité des soins. La rémunération à la

performance répond à cette préoccupation (voir chapitre 4). Les progrès de l'information médicale et de la manière dont elle est transmise – des patients aux prestataires, entre prestataires, et des prestataires au payeur – peuvent également resserrer la coordination des soins, réduire l'offre de services redondants, faire baisser les coûts administratifs, assurer un retour d'information aux prestataires et ouvrir la voie à un développement du système mieux planifié.

Mais s'il existe bien un potentiel de réduction des coûts et d'amélioration de la santé publique, les coûts de mise en place et de maintien des systèmes de TIC correspondants se révèlent plus élevés que prévu : les technologies de l'information ont une forte intensité capitalistique, et les coûts doivent être mis en regard des gains escomptés. Comme pour un certain nombre d'autres programmes, il faudrait en savoir davantage sur le rapport coût-efficacité de ces programmes.

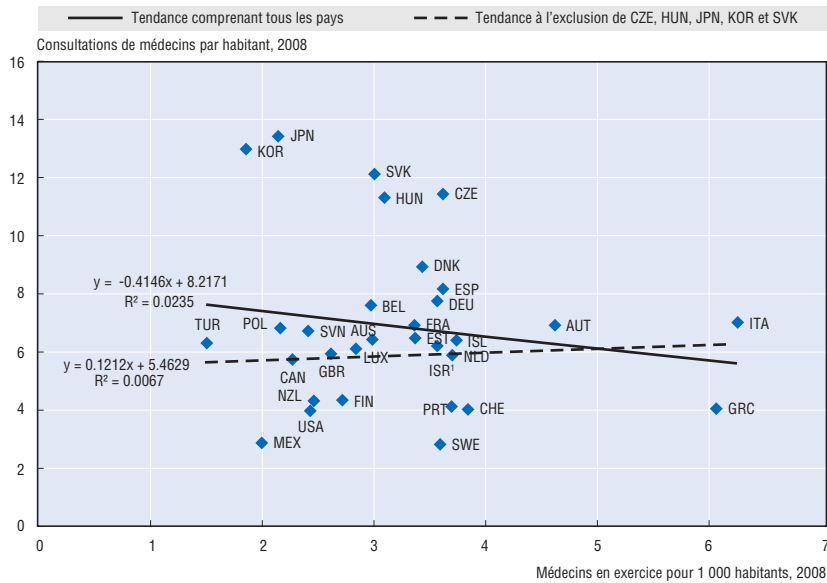
On s'accorde à penser que les augmentations des dépenses de santé sont largement imputables au progrès technologique, et qu'une partie de ces dépenses n'a eu qu'un effet marginal en termes de résultats sur le plan de la santé. De fortes disparités subsistent entre les pays en ce qui concerne l'offre d'équipements de haute technologie (l'imagerie, par exemple), mais elles ne se font guère sentir sur les résultats sanitaires (OCDE, 2009). En tout état de cause, il faut voir si les nouveaux matériels et actes médicaux répondent aux critères de coût-efficacité définis par chaque pays. À cet égard, nombreux sont ceux qui s'intéressent à l'évaluation des technologies de la santé (ETS) comme moyen de faire ressortir les techniques, les médicaments et les équipements les plus avantageux par rapport au coût. Si des organismes tels que le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) peuvent se prononcer sur les coûts et les avantages potentiels, c'est à la puissance publique qu'il appartient finalement de choisir, selon sa capacité et son consentement à payer (voir chapitre 3).

#### 4. Enjeux et mesures du côté de la demande

Le manque d'efficacité peut être observé aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre, encore que ces deux aspects des systèmes de santé soient souvent difficiles à distinguer<sup>23</sup>. Concernant la demande de soins, l'OCDE (2004) note une grande variation des taux de cardiopathies ischémiques entre les pays membres, sans qu'une corrélation puisse être établie avec les niveaux de certains traitements (revascularisation coronarienne, par exemple). Des problèmes analogues se posent pour d'autres maladies. Ainsi, les pratiques sont trop disparates à l'intérieur des pays comme entre les pays (Mulley, 2009). Un plus grand respect des protocoles de soins généralement reconnus pourrait améliorer la qualité des soins tout en réduisant le coût global des traitements. De même, on constate des différences marquées en matière de consommation de médicaments, allant de 350-420 USD PPA au Danemark, en Nouvelle-Zélande et en Suisse à 888 USD PPA en France (d'après OCDE, 2008b, graphique 1.11)<sup>24</sup>.

Parallèlement, on observe de grandes différences dans l'utilisation des services de soins de santé par les patients, mesurée par le nombre des consultations de médecins et de sorties d'hôpital. Le nombre de contacts annuels avec un médecin va de quatre environ, voire moins, à plus de dix (pour les groupes de pays d'Asie et d'Europe orientale membres de l'OCDE), tandis que le nombre de sorties d'hôpital varie du simple au triple parmi les pays de l'OCDE. Il n'existe guère de corrélation entre : *i*) les consultations et le nombre de médecins ; et *ii*) le nombre de sorties d'hôpital et l'offre de lits (graphiques 2.8 et 2.9)<sup>25</sup>.

**Graphique 2.8. Consultations de médecins et densité de médecins, 2008**

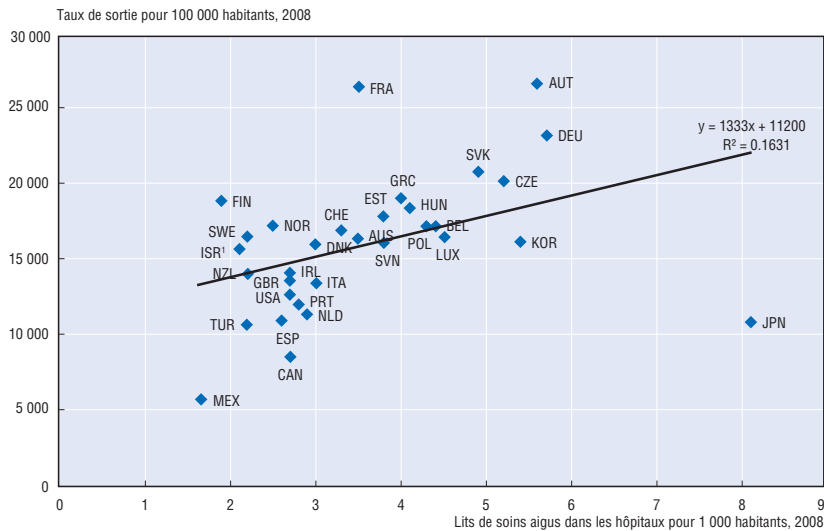


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331600>

**Graphique 2.9. Sorties d'hôpital et nombre de lits par rapport à la population, 2008**



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331619>

Aucun de ces écarts ne peut être directement attribué à un facteur donné du côté de l'offre ou de la demande et, en pratique, ils tiennent sans doute à la fois aux normes institutionnelles, aux mécanismes incitatifs (modalités de rémunération) et aux schémas de comportement des patients<sup>26</sup>. Néanmoins, les responsables de l'élaboration des politiques doivent évaluer les raisons expliquant que le système soit si diversement utilisé, et voir s'il est possible, en réduisant les écarts, d'améliorer l'efficacité par rapport aux coûts sans compromettre les résultats sur le plan de la santé ni la qualité des soins.

### *Accroître la participation des ménages aux dépenses totales de santé*

On peut faire baisser le niveau des dépenses *publiques* de santé en amenant les ménages à prendre davantage en charge les risques liés à la santé. La démarche peut prendre diverses formes :

- *Réduire la part de l'État dans le « panier de prestations »* : par exemple, la plupart des régimes publics ne couvrent pas certaines interventions chirurgicales, ou ne prennent pas toujours en charge des traitements ou des médicaments dont l'intérêt thérapeutique est limité ou nul (France, Espagne) ;
- *Déplacer les coûts des soins de santé pour certains risques* (soins dentaires, par exemple) de l'assurance publique à l'assurance privée supplémentaire ou complémentaire ; et
- *Obliger les patients à payer une part plus importante des soins de santé qu'ils reçoivent*. Cette participation aux coûts se traduit de différentes manières, allant du paiement forfaitaire pour chaque consultation médicale ou séjour hospitalier au paiement du ticket modérateur pour les médicaments.

La plupart des pays de l'OCDE offrent une couverture universelle ou presque pour un ensemble de services essentiels de santé. Toutefois, cela ne rend pas véritablement compte de la situation. En effet, là où des services comme les soins dentaires ou certains médicaments sont exclus de la liste des prestations de base ou couverts dans de très faibles proportions (Canada et France), le degré de participation aux coûts peut être plus important qu'il n'y paraît. Dans ces cas, les patients peuvent avoir à déboursier des sommes considérables, sauf à être couverts par une assurance mutuelle ou privée. En revanche, certains groupes vulnérables peuvent être largement exonérés du ticket modérateur, non sans augmenter, de manière parfois substantielle, la part des coûts de santé prise en charge par les systèmes publics (tableau 2.10)<sup>27</sup>. Ces mesures peuvent aussi sensiblement accroître les frais d'administration des systèmes de participation aux coûts.

Bien qu'il soit difficile de dégager des tendances claires, on observe une légère augmentation, en moyenne, de la part à la charge des patients dans les dépenses totales de santé au cours des années 90 ; cette part a augmenté dans 13 des 22 pays pour lesquels les données ont pu être recueillies (graphique 2.10)<sup>28</sup>. Le phénomène semble toutefois s'être inversé à la marge dans la décennie en cours, la part des dépenses à la charge des patients dans les dépenses totales ayant diminué dans 24 pays, sur les 32 pays pour lesquels on dispose de données<sup>29,30</sup>. L'augmentation de la participation aux coûts a concerné principalement les médicaments ; pour les soins avec hospitalisation et les consultations de médecins, elle a été moins répandue (Allemagne, France, Italie et Suède). La liste des médicaments non remboursés s'est allongée ; il s'agit le plus souvent de médicaments dits « de confort » ou sans valeur thérapeutique prouvée. Dans un certain nombre de cas, des systèmes de participation forfaitaire par prescription ont été mis en place (Allemagne, France, République tchèque et Royaume-Uni). Ailleurs, des systèmes de prix de référence

ont été instaurés (Allemagne, Canada, France). Ces dispositifs augmentent la participation aux coûts pour les personnes qui utilisent des produits de marque ou d'un prix plus élevé, tout en assurant l'accès aux génériques.

**Tableau 2.10. Exemptions de la participation aux coûts**

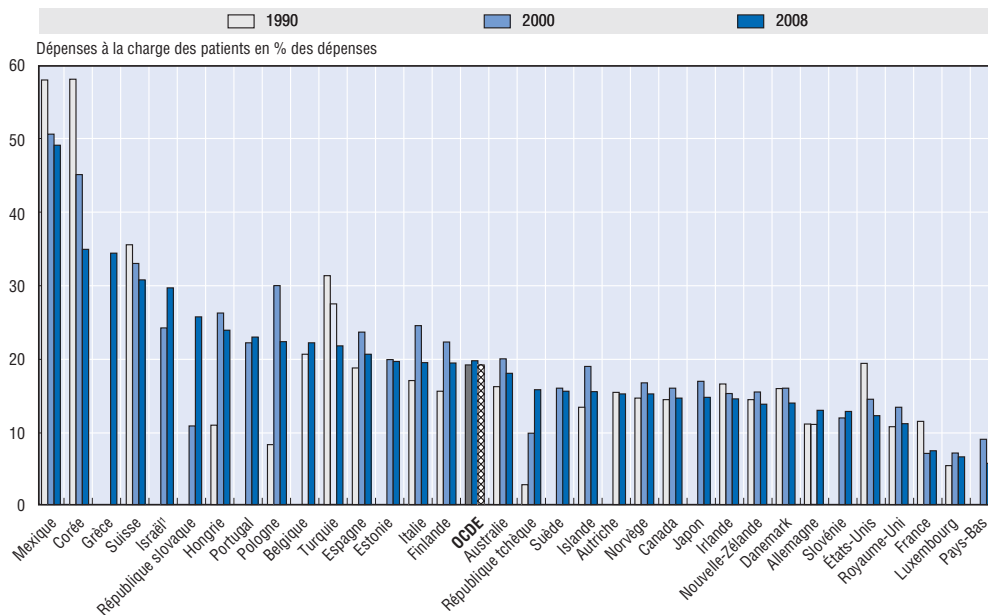
Si des exemptions existent :								
Est-il prévu des exemptions de la participation aux coûts?	pour les personnes ayant certaines pathologies ou handicaps	pour les personnes dont les revenus sont inférieurs aux seuils fixés	pour les bénéficiaires de prestations sociales	pour les seniors	pour les enfants	pour les femmes enceintes	pour les personnes ayant atteint une limite supérieure de dépenses à la charge des patients	autres
Allemagne	Oui	X	X	X		X		
Australie	Oui							X <sup>1</sup>
Autriche	Oui	X	X				X	
Belgique	Oui	X	X	X	X		X	X <sup>2</sup>
Canada	Oui	X	X	X	X			
Corée	Oui	X	X	X	X	X	X	
Danemark	Oui	X			X	X	X	
Espagne	Oui	X			X			
Finlande	Oui					X	X	
France	Oui	X	X	X		X		X <sup>3</sup>
Grèce	Oui	X	X	X		X		
Hongrie	Oui	X						
Irlande	Oui	X	X	X		X	X	
Islande	Oui	X		X	X	X	X	
Italie	Oui	X	X		X	X	X	
Japon	Oui	X			X	X	X	X <sup>4</sup>
Luxembourg	Oui	X				X	X	
Mexique	-							
Norvège	Oui					X	X	X
Nouvelle-Zélande	Oui	X	X	X		X	X	
Pays-Bas	Oui	X				X	X	X <sup>5</sup>
Pologne	Oui	X				X		X <sup>6</sup>
Portugal	Oui	X	X	X	X	X	X	
République slovaque	Oui	X	X	X	X	X	X	
République tchèque	Oui	X	X	X	X	X	X	X
Royaume-Uni	Oui	X	X	X	X	X	X	
Suède	Oui	X				X	X	
Suisse	Oui	X	X	X	X	X	X	
Turquie	Non	-	-	-	-	-	-	-

- : sans objet.

1. Australie : pas d'exemption universelle, mais exemptions partielles ou complètes et filets de sécurité pour différentes parties du système de santé.
2. Maladies chroniques.
3. Accidents du travail.
4. Bénéficiaires de l'aide publique.
5. Visites de généralistes.
6. Invalides de guerre, soldats des contingents.

Source : Paris *et al.* (2010).

**Graphique 2.10. Dépenses à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé, 1990, 2000 et 2008**



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

*Note* : Estimation des auteurs pour la Grèce. Données non disponibles pour le Chili.

*Source* : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331638>

Le souci des pouvoirs publics d'assurer un accès généralisé aux soins explique peut-être l'augmentation modérée de la participation aux coûts. Mais indépendamment du motif, étant donné les réformes très minimales apportées à cet égard au cours des dernières décennies dans la plupart des pays (graphique 2.10), et les exemptions généralement accordées aux groupes vulnérables<sup>31</sup>, les effets sur la demande de soins ont été vraisemblablement limités (tableau 2.10). Quoi qu'il en soit, on ne peut établir de corrélation entre la grande disparité des pays en matière de participation aux coûts et les différences en termes d'état de santé. Une participation accrue aux coûts peut contenir la demande de soins de santé, mais l'ampleur du changement à apporter pour influencer sensiblement sur cette demande nuirait sans doute à l'accès aux soins (Smith, 2009). Cependant, l'augmentation de la part à la charge des patients pourrait figurer dans une palette plus large de mesures visant à réduire la pression sur les finances publiques, à condition d'être contrebalancée par une protection des groupes vulnérables.

### ***Réduire les besoins de soins par la prévention des maladies et la promotion de la santé***

Les programmes publics de promotion de la santé et de prévention des maladies représentent approximativement 5 % des dépenses de santé dans la zone OCDE. Au premier abord, l'investissement accru dans des politiques de prévention semble être un bon moyen de faire baisser tôt ou tard le coût des soins. De fait, il est amplement



démontré qu'un certain nombre de programmes types de prévention, comme la vaccination contre les maladies contagieuses, ont un rapport coût-efficacité élevé. Toutefois, bien que les pays de l'OCDE aient multiplié les interventions dans ce domaine, en particulier au cours des cinq dernières années, les éléments restent insuffisants sur la portée réelle de ces interventions, sans parler de leur efficience et de leurs effets redistributifs (OCDE, 2010b).

Étant donné la longueur et le caractère aléatoire des délais qui séparent les dépenses et les résultats, et la nécessité de prendre en compte de larges groupes de population, rien ne permet d'affirmer qu'il est moins coûteux de prévenir que de guérir. Par exemple, avant le début des récents travaux de l'OCDE sur la prévention de l'obésité, les éléments disponibles étaient très limités, notamment en ce qui concerne l'efficience et les effets redistributifs. Cependant, de nouvelles données probantes obtenues grâce aux micro-simulations réalisées par l'OCDE montrent que les interventions analysées vont dans le bon sens en termes de coût-efficacité et de redistribution (OCDE, 2010b).

### ***Utilité d'une meilleure communication entre patients et prestataires de soins***

Un meilleur dialogue entre les médecins et leurs patients concernant le coût (humain) et les avantages potentiels d'un traitement pourrait être bénéfique et conforme à la tendance actuelle vers un consumérisme plus actif dans le domaine des soins de santé. Il y a lieu de penser (Mulley, 2009) que s'ils sont plus conscients des chances de succès et/ou des risques d'effets secondaires graves à long terme, les patients seront peut-être moins disposés que leur médecin à choisir des formes de traitement très invasives et intensives. Des outils d'aide à la décision plus satisfaisants permettraient sans doute aux patients et aux prestataires de réduire les écarts injustifiés dans l'offre de soins. Un deuxième avis peut être utile à cet égard, et les médecins généralistes ont aussi un plus grand rôle à jouer en aidant les patients à adopter une position éclairée.

L'élévation du niveau d'instruction de la population et l'augmentation du nombre de maladies chroniques devraient donner plus de possibilités d'auto-consommation des soins et de prévention que par le passé. Encore faudrait-il que les patients perçoivent mieux à quel moment ils doivent s'adresser au système de santé – ce qui suppose une meilleure éducation sanitaire et une large diffusion des informations sur les signes avant-coureurs. Toutefois, les mesures en la matière devraient s'articuler avec des efforts plus généralement axés sur la prévention des maladies, l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Pour les problèmes mineurs, les services d'assistance téléphonique, de même que la mise à disposition sur Internet d'informations soigneusement sélectionnées, peuvent avoir leur utilité<sup>32</sup>.

### ***Perspectives de réduction de besoins coûteux par la coordination plus étroite des soins et le filtrage de l'accès***

Sachant que les services de soins sont très majoritairement utilisés par une part relativement faible de la population, il serait possible de réduire la demande de soins en veillant à maintenir, autant que faire se peut, ces usagers en dehors de structures institutionnelles coûteuses (voir chapitre 5 et Hofmarcher *et al.*, 2007)<sup>33</sup>. Les enjeux liés à la réduction des besoins de soins coûteux ont pris davantage d'importance du fait que la prévalence accrue des maladies chroniques (voire des maladies chroniques multiples) augmente avec le vieillissement démographique. Les obstacles à une meilleure coordination semblent être d'ordre institutionnel :

- Le financement des soins de santé est fragmenté (surtout entre les soins médicaux, d'une part, et les services sociaux et la prise en charge à long terme, d'autre part) ;
- La complexité va en augmentant (spécialisation accrue, par exemple) au sein des systèmes de santé, alors que la circulation des informations entre les différents niveaux de soins laisse souvent à désirer pour relever les défis liés aux nouveaux besoins.
- Obstacle peut-être le plus important, les activités de coordination n'ont pas d'existence à part entière dans certains systèmes : les professionnels de santé qui en sont chargés n'ont pas de statut explicite, et ces activités sont rarement rémunérées. Parallèlement, il arrive que les règles définissant le champ d'activité empêchent le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé de jouer un plus grand rôle dans ce domaine (Hofmarcher *et al.*, 2007).

Pour améliorer la coordination des soins, il faut : faire prévaloir le transfert d'informations, entre les prestataires et entre les niveaux auxquels sont apportées les prestations ; et reconfigurer les systèmes de prestation de soins (en particulier au niveau des soins primaires) par des incitations appropriées et explicites en faveur de la coordination des soins. Une attention particulière doit aller au passage d'un niveau de soins à un autre (par exemple entre les soins hospitaliers aigus et les soins de longue durée).

Malgré l'importance que semble revêtir la coordination, à en juger par les éléments disponibles, si la qualité des soins a tout à y gagner, rien ne prouve que telle ou telle forme de coordination des soins, comme la gestion thérapeutique, permettra en fin de compte de réaliser des économies (IGAS, 2006). De fait, la mise en place de systèmes d'information avancés (TIC) peut avoir un coût initial élevé. Il en va de même pour le rapport coût-efficacité des programmes axés sur un vieillissement en bonne santé ; ces programmes apparaissent rarement coût-efficaces ou susceptibles d'entraîner une réduction globale des coûts des soins de santé (Oxley, 2009).

Mais quel que soit leur degré d'efficacité, ces mesures prennent probablement tout leur sens en association avec des mécanismes de filtrage dans lesquels un médecin référent de premier recours régule l'accès aux soins spécialisés et aux soins hospitaliers et, plus généralement, joue le rôle d'interlocuteur du patient au sein du système de santé pendant une période donnée<sup>34</sup>. Le médecin référent peut aider le patient à s'orienter dans le système de santé, ce qui améliore la coordination des soins. Le tableau 2.11 illustre le maillage de ce système dans les différents pays.

**Tableau 2.11. Filtrage de l'accès aux soins**

		Filtrage de l'accès aux soins de second recours par un médecin référent :		
		Obligatoire	Encouragé par des incitations financières	Ni obligatoire, ni encouragé financièrement
Enregistrement auprès d'un médecin de premier recours est :	<b>Obligatoire</b>	Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République slovaque		
	<b>Encouragé par des incitations financières</b>	Hongrie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	Allemagne, Belgique, France, Suisse	
	<b>Ni obligatoire, ni encouragé financièrement</b>	Canada, Finlande, Mexique, Pologne	Australie, Irlande	Autriche, Corée, Grèce, Islande, Japon, Luxembourg, République tchèque, Suède, Turquie

Source : Paris et al. (2010).

## 5. Conclusions

### *L'amélioration de la performance des systèmes de santé reste un objectif primordial*

Les dépenses de santé n'ont cessé de croître dans la zone OCDE depuis quelques décennies, pour atteindre environ 9 % du PIB, en moyenne, en 2008. La santé absorbe une part de plus en plus grande du total des dépenses publiques. En moyenne, les dépenses publiques de santé représentaient 16 % de l'ensemble des dépenses des administrations publiques en 2008, contre 12 % en 1992. L'augmentation des dépenses de santé n'est pas mauvaise en soi, à condition que les avantages supplémentaires qu'on tire soient supérieurs à ceux qui seraient tirés d'une utilisation différente des ressources. Néanmoins, les trois quarts des dépenses de santé étant financées par l'État, l'allocation des ressources et l'efficacité des dépenses sont une source de préoccupation majeure, surtout en période de vaches maigres, lorsque les pouvoirs publics ont des difficultés à financer les déficits du secteur public. Dans ces conditions, la viabilité du système et l'optimisation des dépenses de santé revêtent une importance grandissante. Ce chapitre a passé en revue un large éventail de mesures qui peuvent aider les décideurs à trouver des solutions.

### *Les pays peuvent réduire rapidement les dépenses en rationnant les intrants et en limitant le coût et le prix de ces intrants*

Dans cette perspective, deux grands ensembles de mesures de modération des coûts face aux crises économiques dans le secteur de la santé sont mis ici en évidence : *i)* contrôle des intrants du secteur de la santé et de leur prix et/ou plafonds budgétaires ; et *ii)* amélioration en termes d'efficacité productive et d'efficacité par de meilleures incitations du côté de l'offre et de la demande. Ces deux ensembles de mesures sont étroitement liés. L'amélioration de l'efficacité productive contribuera à atténuer globalement les contraintes financières.

L'expérience des pays et l'ampleur des difficultés budgétaires actuelles donnent à penser que le premier ensemble de mesures sera probablement nécessaire dans les phases initiales de repli. Le contrôle des salaires et des prix aura probablement les effets à court terme les plus importants, en particulier s'ils s'accompagnent de plafonnements budgétaires rigoureux.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les autorités peuvent contrôler de près l'offre et le prix des intrants. Par conséquent, ils peuvent réduire sensiblement les dépenses sur de courtes périodes, ce qu'ils ont largement fait, quoiqu'à des degrés et avec des succès divers selon les périodes et les pays.

### ***Ces mesures ne sauraient toutefois être maintenues durant de longues périodes***

S'en remettre uniquement à des solutions visant à réduire rapidement les coûts est une option qui comporte des risques et nécessite des arbitrages. La contraction de l'offre de professionnels de santé, si elle est prolongée ou poussée à l'extrême, peut faire naître par la suite des pressions à la hausse sur les salaires et des difficultés à augmenter l'offre lorsque la contrainte budgétaire s'assouplit. Les mesures de compression des dépenses à court terme peuvent même entraîner une augmentation des dépenses à long terme – par exemple, si des investissements nécessaires sont différés et si les mesures de prévention jugées souhaitables ne sont pas mises en œuvre.

D'où, peut-être, la nécessité d'envisager des stratégies de sortie avant que les pressions sous-jacentes ne deviennent trop fortes et poussent les autorités compétentes à prendre des décisions politiques sub-optimales sur le plan de la santé. Une piste possible consisterait à lier toute augmentation de salaire ultérieure à des micro-réformes tendant à accroître l'efficacité des prestations, autrement dit à utiliser les hausses de rémunération comme levier du changement. Encore faudrait-il, pour qu'une telle approche soit crédible, que l'évolution des salaires et des rémunérations suive la mise en place des réformes, ce qui sera difficile.

### ***Il sera plus efficace à long terme de revoir les mécanismes incitatifs***

Les réserves de productivité ne manquent pas dans les systèmes de santé, et il existe toute une série de mesures propices à une plus grande efficacité. Toutefois, pour optimiser les ressources investies, il faut continuer à combler le déficit d'information sur les mesures susceptibles d'apporter un meilleur rapport qualité-prix. L'évaluation des voies possibles de réforme a mis en avant la dimension offre du système de santé, dans la mesure où c'est là que les perspectives de gains d'efficacité sont sans doute les plus importantes. Cependant, les interventions prometteuses du côté de la demande qui vont au-delà de la question classique de la participation aux coûts devraient également être prises en considération.

### ***L'évolution de la morbidité doit aller de pair avec de nouvelles méthodes d'organisation et de prestation des soins***

Les stratégies liées à l'offre ne vont pas de soi et amènent à examiner de près les incitations offertes aux prestataires pour qu'ils proposent des soins efficaces, étant entendu que toute réforme doit prendre en compte le cadre institutionnel en place dans le pays concerné. Comme indiqué plus haut, il existe de très grandes disparités entre les

pays, quant au niveau et au mode d'utilisation des ressources, qui seraient peut-être à étudier plus avant. Les mesures liées à l'offre évoquées ici sont les suivantes :

- La dissociation des fonctions d'acheteur et de prestataire doit être renforcée pour faciliter le suivi de la performance des systèmes. Elle permet de définir plus clairement les responsabilités au sein des systèmes de santé et, potentiellement, d'assurer une meilleure gouvernance. Cela peut aider à recenser les besoins et à voir si les objectifs d'accès aux soins et de qualité des soins sont bien atteints. Néanmoins, ces dispositifs, qui peuvent prendre diverses formes, supposent une grande quantité d'informations pour que la surveillance voulue puisse être assurée.
- La plupart des pays de l'OCDE ne se sont probablement pas tout à fait adaptés à l'évolution de la morbidité vers des maladies chroniques et aux possibilités de traitement ambulatoire. D'où la nécessité d'envisager des modèles de soins primaires ou ambulatoires plus conformes au paysage épidémiologique émergent. Un déploiement plus efficace des ressources dans le secteur ambulatoire s'impose, parallèlement à la définition de nouveaux modes de rémunération – « rémunération à la performance », par exemple.
- Il est grandement possible de réaliser des gains d'efficacité grâce à une meilleure organisation et à une utilisation plus efficace des ressources du secteur hospitalier. Malgré la réduction généralisée du nombre de lits au cours des vingt dernières années, le secteur hospitalier demeure la principale composante des dépenses de santé. L'instauration de systèmes de paiements prospectifs semble devoir aller dans le sens de l'efficacité si elle s'accompagne d'un contrôle rigoureux de l'activité. La conception de modes de rémunération plus efficaces pourrait être déléguée aux acheteurs de soins.
- Par ailleurs, les incitations offertes dans les secteurs ambulatoire et hospitalier pourraient être davantage déterminées par les mécanismes de marché. C'est la tendance observée dans un certain nombre de pays (Allemagne, États-Unis, Pays-Bas et Suisse). Cependant, dès lors qu'un système concurrentiel arrive dans un environnement en proie aux défaillances du marché, on ne saurait affirmer que de telles mesures permettront d'accroître l'efficacité et d'abaisser les coûts.
- L'adoption des technologies de l'information et l'informatisation des pratiques médicales peuvent améliorer l'efficacité des systèmes de santé en augmentant les possibilités de coordonner les soins, en limitant les examens médicaux redondants, en réduisant le coût administratif des demandes de remboursement et, éventuellement, en améliorant la qualité des soins là où celle-ci est mesurée.

### ***Il faut s'intéresser davantage aux aspects liés à la demande***

Les grandes disparités internationales en ce qui concerne la participation des usagers aux coûts laissent penser qu'on pourrait aller plus loin dans ce sens, tout du moins dans les pays où la participation aux coûts représente une part minimale du montant total des coûts de la santé et où les groupes vulnérables sont bien protégés. Le coût élevé des services de santé peut également être réduit par une prévention efficace.

Sont également évoquées dans le corps du texte les disparités surprenantes qui existent entre les pays concernant le recours aux systèmes de santé. Il se pourrait que certains pays assurent une meilleure prévention que d'autres. Une prévention efficace peut être un moyen de réduire les besoins de soins curatifs. Mais des économies supplémentaires sont envisageables, moyennant des mécanismes tels que le filtrage de l'accès aux soins par un médecin référent ou la coordination des soins de façon à aiguiller les patients vers les lieux de soins les mieux adaptés et à éviter des hospitalisations onéreuses.

### ***L'inflexion de la courbe des coûts suppose d'incorporer le progrès technologique de manière avisée***

Pour réduire durablement la croissance des dépenses publiques de santé (troisième scénario du graphique 2.1), il faut toutefois prendre en compte le progrès technologique, l'un des principaux facteurs en jeu dans les dépenses médicales. Jusqu'à présent, la majorité des pays ont pu veiller à inclure la plupart des interventions courantes dans leur offre de base de services de santé subventionnés. Si les avancées technologiques s'accroissent, comme certains auteurs le laissent penser (Aaron, 2003), les autorités compétentes devront peut-être se montrer plus sélectives dans la définition des biens et services couverts.

### ***Notes***

1. Newhouse (1992) estime que jusqu'à la moitié de l'augmentation des dépenses des États-Unis est liée à la technologie. Des études du Congressional Budget Office (CBO – Service d'études budgétaires du Congrès, 2008) le confirment. Néanmoins, les estimations les plus récentes semblent indiquer que les technologies pourraient être à l'origine de 25 à 50 % de l'accroissement total des dépenses de santé des États-Unis (Smith *et al.*, 2009).
2. Par exemple, les politiques de contrôle de l'offre de personnel de santé peuvent être plus difficiles à mettre en œuvre si le contrôle réglementaire est délégué aux prestataires.
3. Par exemple, la concurrence accrue introduite sur les marchés de prestataires sera renforcée s'il existe des politiques d'information accrue sur les prix et la qualité et le potentiel de contractualisation sélective.
4. Paris *et al.* (2010) sont plus particulièrement cités à cet égard. Des précisions sur l'élaboration d'indicateurs relatifs au cadre institutionnel figurent dans le document de travail correspondant.
5. Des facteurs liés à l'économie politique sont sous-jacents à certaines augmentations de l'offre hospitalière. De nombreux pays ont eu à subir de fortes pressions politiques en faveur d'un accroissement du nombre des hôpitaux dans les villes et communes pour assurer un accès aux services et des emplois au plan local. Ces hôpitaux ont été également d'importants pourvoyeurs d'emplois. De surcroît, les incitations

financières étaient fortes car l'investissement dans un accroissement des capacités a été souvent financé par d'autres niveaux d'administration ou d'institutions.

6. Selon Paris *et al.* (2010), seize pays souffrent d'une pénurie de lits de soins de longue durée et dans cinq pays, les patients font souvent des séjours hospitaliers prolongés dans des lits de soins aigus en attendant des soins de suite appropriés.
7. Par exemple, les généralistes gagnent moins de la moitié de ce que gagnent les spécialistes en Australie, en Belgique et aux Pays-Bas.
8. La féminisation croissante des professions médicales est un facteur qui y contribue car les femmes médecins travaillent généralement moins d'heures que leurs homologues masculins. L'évolution de la réglementation, par exemple la directive européenne sur le temps de travail, qui limite le nombre d'heures de travail dans les hôpitaux de l'Union européenne, en est un autre.
9. Ces données sont à utiliser avec circonspection car les différentes composantes des dépenses de santé peuvent correspondre aux moyens mis en œuvre et non aux réalisations. Elles se rapportent à l'année 2005.
10. Ces travaux étant en cours à l'OCDE, l'évolution des données sur la durée n'est pas encore disponible. Cependant, des études récentes (Farrell *et al.*, 2008) indiquent que l'augmentation des dépenses aux États-Unis sur la période 2004-07 était largement due à la hausse des prix dans le secteur ambulatoire, laquelle s'explique également par la progression persistante de la part des soins ambulatoires, secteur où le contrôle des prix est moins strict, par rapport à celle des soins hospitaliers, secteur où les prix sont plus étroitement contrôlés dans le cadre du système Medicare.
11. Les informations disponibles sont limitées sur l'impact le plus important. Par exemple, des changements opérés récemment en Norvège dans le secteur des soins primaires ont montré un effet revenu minime sur la production de services (Grytten *et al.*, 2008), alors qu'au Japon une réglementation stricte des honoraires des médecins s'est accompagnée de consultations répétées de très courte durée (OCDE, 2009) (voir ci-après).
12. Il peut s'agir, par exemple, d'augmenter les volumes pour compenser la modération des hausses de prix (ou de salaires) (cas des soins ambulatoires en Australie, en France et au Japon et du secteur hospitalier en Suède), en dispensant des services d'un coût plus élevé (par exemple davantage de tests à visée diagnostique sur site) (France, Allemagne et États-Unis), en reclassant les patients dans des catégories à tarification plus élevée (par exemple Medicare aux États-Unis) ou en déplaçant des services dans des secteurs où il n'y a pas de contrôle des prix (États-Unis). Les médecins opérant à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (Royaume-Uni, Finlande, Grèce et Irlande) peuvent également tenter de déplacer des soins vers le privé où le contrôle exercé par les pouvoirs publics est moins strict.
13. En Grèce, par exemple, les médecins du secteur public ont également tendance à faire venir les patients en consultation privée (Economou et Giorno, 2009).
14. Nonobstant, ces résultats ne vont pas de soi et sont variables selon la période examinée. De manière générale, les plafonds budgétaires ont été moins bien respectés, voire pas respectés du tout, en Grèce, en Italie, au Portugal et en Espagne, alors que ces pays ont des dispositifs institutionnels comparables. Par ailleurs, à certaines périodes, des pays à modèle intégré ont aussi accru délibérément les ressources destinées au secteur de la santé (par exemple, le Canada, la Nouvelle-Zélande et le

- Royaume-Uni très récemment) ou connu un rebond des dépenses après des périodes de restriction budgétaire (Irlande).
15. Les résultats peuvent dépendre de l'ampleur de l'offre excédentaire dans le système. Au Royaume-Uni, par exemple, le service national de santé (NHS) a, de tout temps, été soumis à un plafonnement rigoureux des dépenses. Poussé à améliorer l'efficacité et à réduire les listes d'attente, il a réalisé des gains de productivité considérables dans les années 80 et 90 (Light, 2001).
  16. La France, en revanche, a renforcé son système de contrôle des dépenses en 2004 avec un certain nombre de résultats positifs.
  17. L'enjeu politico-économique l'emporte ici sur les instruments à retenir pour limiter les dépenses de santé.
  18. Il en allait ainsi en France pour les agences régionales de l'hospitalisation créées à la fin des années 90. Leurs missions ont été récemment élargies aux soins ambulatoires et elles ont été renommées « agences régionales de santé ».
  19. D'après l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé (Paris *et al.*, 2010), 14 pays ont des systèmes de gestion des soins thérapeutiques et dix pays ont des dispositifs de gestion par cas pour les patients atteints de pathologies complexes. Toutefois, on ne connaît pas l'étendue de ces programmes. La mise en place de processus d'achats de soins nécessite une évaluation des besoins sanitaires qui n'est pas nécessairement disponible dans tous les pays.
  20. Actuellement, le paiement à l'acte est très répandu en Amérique du Nord, ainsi qu'en Autriche, en France, en Allemagne et en Suisse.
  21. Sauf dans les cas suivants : Corée, Espagne, États-Unis, Mexique, République slovaque, Suède et Turquie.
  22. Aux Pays-Bas, les services dont les prix sont négociables couvrent 34 % de l'offre de soins hospitaliers.
  23. D'un côté, il s'agit de canaliser la demande (ou les besoins) de soins de manière à réduire les coûts au minimum ou à porter la performance sanitaire au maximum (filtrage de l'accès aux soins via un médecin référent, par exemple). De l'autre, côté offre, les effets renvoient aux mesures incitatives et réglementaires visant les prestataires qui contribuent à améliorer l'efficacité et l'efficacité de l'offre par rapport aux coûts. On peut citer le jeu des mécanismes du marché (externalisation des services de blanchisserie ou des repas) lorsque les conditions de marché autorisent la concurrence.
  24. Les écarts de prix entre les pays peuvent correspondre à des différences concernant les prix et les gammes de médicaments consommés (voir OCDE, 2008b).
  25. Toutefois, la variation de la part de personnes âgées dans la population peut expliquer en partie certains des écarts observés dans les sorties d'hôpital (OCDE, 2009).
  26. Par exemple, certains de ces écarts s'expliquent par des problèmes de mesure : en Suède et en Finlande, le petit nombre de consultations de médecins tient peut-être au fait que les premiers interlocuteurs du système de soins de santé sont bien souvent les personnels infirmiers (Bourgueil *et al.*, 2006). Les données relatives aux Pays-Bas excluent les contacts liés aux soins maternels et pédiatriques. En ce qui concerne la réglementation, beaucoup de contacts avec les médecins au Japon ont pour objet le renouvellement d'ordonnances, et ne se justifient pas nécessairement en cas d'affections de longue durée. (On notera cependant que la réglementation a pu être



revue récemment à cet égard.) Dans divers pays, la pratique d'activités sportives oblige à passer préalablement une visite médicale, dont le coût reste fréquemment pris en charge par l'assureur (France). Par ailleurs, les médecins payés à l'acte tendent à afficher un taux de consultations supérieur à celui des médecins salariés. Certains des pays où le nombre de contacts est peu élevé sont peut-être soumis à des contraintes du côté de l'offre (cas du Mexique).

27. Voir Paris *et al.* (2010) pour de plus amples informations sur l'étendue et le niveau de la couverture.
28. La manière de présenter les données a son importance. Les dépenses à la charge des patients ont apparemment augmenté aussi bien dans la période 1990-99 que dans la période 2000-07 lorsqu'elles sont rapportées à la consommation totale des ménages.
29. Notons que les évolutions négatives étaient en général minimales.
30. Les augmentations ont été plus particulièrement marquées dans les pays suivants : Grèce, République slovaque, Hongrie, Suède, Autriche et Japon.
31. Par exemple, plus de la moitié des pays étudiés ont fixé des plafonds pour les personnes ou les ménages ayant atteint la limite supérieure des dépenses à la charge des patients (voir tableau 2.10, avant-dernière colonne).
32. Voir, par exemple, le site Web NHS Direct au Royaume-Uni – [www.nhsdirect.nhs.uk](http://www.nhsdirect.nhs.uk). Toutefois, étant donné la diversité et l'origine incertaine d'une grande partie des informations médicales que l'on trouve sur Internet, ces informations doivent être soigneusement passées au crible par les ministères de la Santé.
33. Par exemple, la tranche de 25 % des principaux bénéficiaires du système Medicare aux États-Unis en termes de coûts des soins représentaient 85 % des dépenses annuelles en 2001 et 68 % des dépenses cumulées sur cinq ans sur la période 1997-2001 (CBO, 2005).
34. Le filtrage de l'accès aux soins vise à encourager une bonne utilisation des services de santé. Le principe du médecin de premier recours jouant le rôle d'interlocuteur et de coordonnateur a été mis en avant pour affecter de manière rationnelle des ressources limitées en spécialistes et en hôpitaux face à la complexité grandissante des connaissances et de la spécialisation médicales. Ce mécanisme est censé réduire les coûts de recherche des consommateurs et orienter la demande de services spécialisés de façon à garantir une utilisation appropriée des différents niveaux de soins. Le succès d'une telle organisation dépend de l'aptitude des médecins de premier recours à juger de la qualité, et dans certains cas du coût, des soins dispensés par d'autres prestataires (Paris *et al.*, 2010).

## ***Bibliographie***

- Aaron, H. (2003), « Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health-care Spending? », *Health Affairs*, janvier.
- Bourgueil, Y. *et al.* (2006), « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L’apport d’expériences européennes et canadiennes », DREES, Série Études, n° 57.
- CBO (2008), *Technological Change and the Growth of Health Care Spending*, Washington, DC.
- Congressional Budget Office (CBO) (2005), *High-Cost Medicare Beneficiaries*, Washington, DC, consultable à l’adresse [www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=6332&sequence=0](http://www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=6332&sequence=0).
- Docteur, E. et H. Oxley (2004), « Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes », *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Docteur, E. et V. Paris (2009), « Optimiser l’efficacité des dépenses en produits pharmaceutiques », *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Economou, C. et Claude Giorno (2009), « Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece », Documents de travail du Département des affaires économiques, n° 722, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Farrell, D. *et al.* (McKinsey Global Institute) (2008) « Accounting for the Cost of U.S. Health Care: A New Look at Why Americans Spend More », consultable à l’adresse [www.mckinsey.com/mgi/publications/US\\_healthcare/index.asp](http://www.mckinsey.com/mgi/publications/US_healthcare/index.asp)
- Figueras, J., R. Robinson et E. Jakubowski (dir. pub.) (2005), *Purchasing to Improve Health System Performance*, Open University Press et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008), « The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Explaining Variations across Countries? », Documents de travail de l’OCDE sur la santé, n° 41, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Grytten, J., F. Carlsen et I. Skau (2008), « Primary Physicians’ Response to Change in fees », *European Journal of Health Economics*, HEPAC, Health Economics in Prevention and Care, vol. 9, n° 2, pp. 177-125.
- Hofmarcher, M.M. *et al.* (2007), « Improved Health System Performance Through Better Care Coordination », Documents de travail de l’OCDE sur la santé, n° 30, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Imai, Y. et H. Oxley (2004), « Managing Public Costs in the Japanese Health and Nursing Care Sector » *Osaka Economic Papers*, vol. 58, n° 2, septembre.
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (2006), « Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de ‘disease management’ », Rapport présenté par Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel et Étienne Grass, Paris.

- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001), *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington.
- Joumard, I. *et al.* (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Klazinga, N. et E. Ronchi (2009), « Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé », *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Light, D. (2001), « Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom », *Social Science and Medicine*, vol. 52.
- Mossialos, E. et J. Le Grand (dir. pub.) (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.
- Mulley, A. (2009), « The Need to Confront Variation in Practice », *British Medical Journal*, vol. 339.
- Newhouse, J.P. (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, pp. 3-21.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2006), « Competition in the Provision of Hospital Services », Document DAF/COMP(2006)20, OCDE, Paris.
- OCDE (2008a), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008b), *Les prix des médicaments sur un marché global : Politiques et enjeux*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Eco-Santé OCDE 2010 : Statistiques et indicateurs*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OECD (2010b), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions de l'OCDE, Paris (à paraître).
- Oxley, H. (2009), « Policies for Healthy Ageing: An Overview », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 42, Éditions de l'OCDE, Paris, février.
- Paris, V. *et al.* (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Rapoport, J., P. Jacobs et E. Jonnson (2009), « Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison » Wiley, Weinheim.
- Schoen, C. (2007) « Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in Health Spending », communication, The Commonwealth Fund, 18 décembre 2007.

- Shortell, S. (2009), « Bending the Cost Curve: A Critical Component of Health Care Reform », *Journal of American Medical Association*, vol. 302, n° 11, pp. 1223-1224.
- Smith, P. (2009), « Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé », *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé* », Éditions de l'OCDE, Paris.
- Smith, S. *et al.* (2009), « Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth ? », *Health Affairs*, vol. 28, n° 5, pp. 1276-1284.

## Chapitre 3

### **Prise de décisions rationnelles en matière d'allocation des ressources**

*Les patients, les prestataires et les payeurs ont tous intérêt à s'assurer que les systèmes de santé ne gaspillent pas les ressources. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peuvent jouer un rôle utile en posant deux questions simples concernant un traitement médical : est-il efficace et son financement est-il opportun ? Ce chapitre porte sur les gains d'efficacité potentiels qui pourraient être réalisés par une prise de décisions plus rationnelles dans le secteur de la santé, en montrant comment les recommandations de pratique clinique et l'évaluation des technologies de santé peuvent venir éclairer les décisions. Suit un examen de la manière dont ces fonctions sont institutionnalisées dans la zone OCDE.*

## 1. Introduction

La plupart des patients supposent que les médecins et autres prestataires de santé leur prodiguent des soins de qualité optimale, en faisant appel aux dernières connaissances et aux technologies les plus efficaces. Ceux qui financent les soins de santé osent espérer qu'ils tirent le meilleur rendement possible des sommes investies. Les deux groupes ont souvent tort. Plusieurs études ont analysé les observations recueillies durant les décennies écoulées sur l'intérêt médical et le rapport coût-efficacité des traitements et techniques entrant dans un large éventail d'activités de soins. Quels que soient le niveau d'analyse et l'aspect particulier examiné, le constat est le même : on n'en a pas toujours pour son argent. Tout d'abord, le fait qu'un pays dépense davantage ne va pas toujours de pair avec de meilleurs résultats sur le plan de la santé de la population. De même, certaines grandes variations observées dans les dépenses de santé d'une région à l'autre, voire d'une ville à l'autre, n'ont pas d'impact perceptible sur les résultats en termes de santé.

Les patients, les prestataires et les payeurs ont tous intérêt à s'assurer que les systèmes de santé ne gaspillent pas les ressources. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peuvent jouer un rôle utile en posant deux questions simples à propos d'un traitement médical : est-il efficace et son financement est-il opportun ? La première question va tellement de soi qu'elle peut paraître absurde, mais les analyses montrent que les bienfaits d'une large part des interventions médicales (jusqu'à un tiers dans certains cas) sont sujets à caution<sup>1</sup>. L'évaluation des technologies (au sens large, allant des médicaments aux équipements et autres supports techniques) consiste non seulement à déterminer l'efficacité d'une molécule ou d'un acte médical, mais aussi à voir s'il s'agit d'un progrès significatif par rapport aux méthodes précédentes, et du moyen le plus efficace d'utiliser des ressources limitées.

Ce chapitre examine les gains d'efficacité potentiels qui pourraient être réalisés par une prise de décisions plus rationnelles dans le secteur de la santé. Il passe en revue les moyens d'y parvenir : les recommandations de pratique clinique et l'évaluation des technologies de santé. L'examen porte aussi sur la place qui leur est donnée dans les institutions de la zone OCDE. Il existe de très nombreuses manières d'organiser ces fonctions, et les pays pourraient utilement tirer certains enseignements de leurs expériences respectives.

## 2. Les gains d'efficacité potentiels

Il ressort d'une série d'études que les systèmes de santé peuvent réaliser des gains d'efficacité.

### *Les études macro-économiques laissent entrevoir des perspectives de gains d'efficacité dans de nombreux pays*

Lors d'une étude récente (Joumard *et al.*, 2008), l'OCDE a estimé l'impact des dépenses réalisées dans ce secteur sur l'état de santé de la population, en neutralisant les effets d'autres déterminants de la santé (revenu, éducation, facteurs liés au mode de vie et pollution). Considérant l'espérance de vie comme la meilleure variable disponible pour approcher l'état de santé de la population, les régressions de panel indiquent que les dépenses de santé sont plus ou moins optimisées dans les différents pays de l'OCDE. À supposer que tous les pays deviennent aussi efficaces que les plus performants, la durée de vie s'allongerait en moyenne de deux ans dans les pays de l'OCDE, pour le même niveau de dépenses. On aboutit à la même conclusion en employant la méthode DEA (Data Envelopment Analysis) pour évaluer l'efficacité relative.

Il ne faut cependant pas s'en tenir à ces estimations : on peut difficilement attribuer, sans aucun doute possible, tel ou tel progrès sanitaire au système de santé, et beaucoup de services de soins sont conçus non pas pour allonger l'espérance de vie, mais pour améliorer la *qualité de vie* des patients. Toutefois, cette étude de 2008 indique que la croissance des dépenses de santé a contribué à hauteur de 46 % pour les femmes et 39 % pour les hommes à l'augmentation de l'espérance de vie observée dans les pays de l'OCDE sur la période 1991-2003 ; autrement dit, les dépenses de santé jouent un rôle en matière d'allongement de l'espérance de vie.

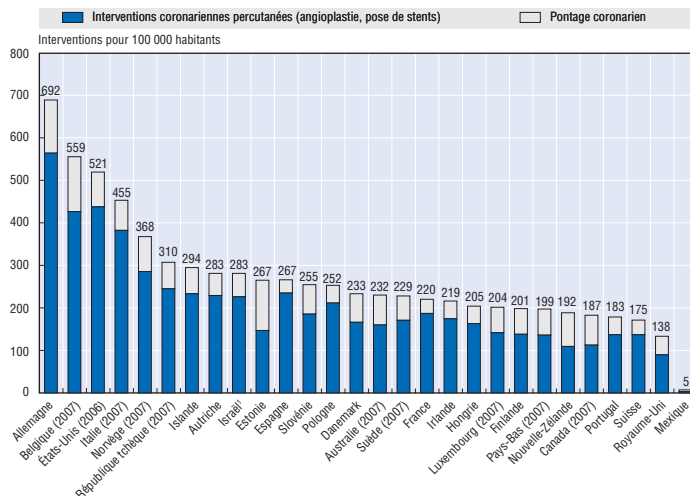
### ***Les variations internationales des pratiques médicales ne s'expliquent pas uniquement par l'épidémiologie et la diffusion des innovations***

Des variations sur le plan des pratiques médicales sont observées à la fois intra-pays et entre pays depuis le début des années 70 (Mullan et Wennberg, 2004). Les données régulièrement collectées par l'OCDE donnent de multiples exemples de ces variations *entre pays*. Par exemple, le taux d'interventions de revascularisation pour 100 000 habitants varie de 5 au Mexique à 692 en Allemagne (voir graphique 3.1, partie A). La consommation de médicaments anti-cholestérol varie de 49 doses définies quotidiennes pour 1 000 habitants en Allemagne à 206 en Australie (voir graphique 3.1, partie B). Le nombre d'exams d'IRM varie de 12.7 pour 1 000 habitants en Corée à 98.1 en Grèce (voir graphique 3.1, partie C).

Les contextes épidémiologiques différents ne peuvent à eux seuls expliquer ces variations, bien qu'ils jouent indéniablement un rôle. Les disparités concernant l'adoption des nouvelles technologies, qui dépend elle-même de la capacité et du consentement à payer, le mode de rémunération des prestataires, les stratégies des fabricants, les qualifications et les préférences des professionnels, expliquent une grande partie de ces variations. Par exemple, le fait que le traitement ou l'acte soit couvert ou non par l'assurance maladie est un facteur déterminant.

### **Graphique 3.1. Variations internationales des pratiques médicales**

#### **Partie A. Interventions de revascularisation coronarienne pour 100 000 habitants, 2008**

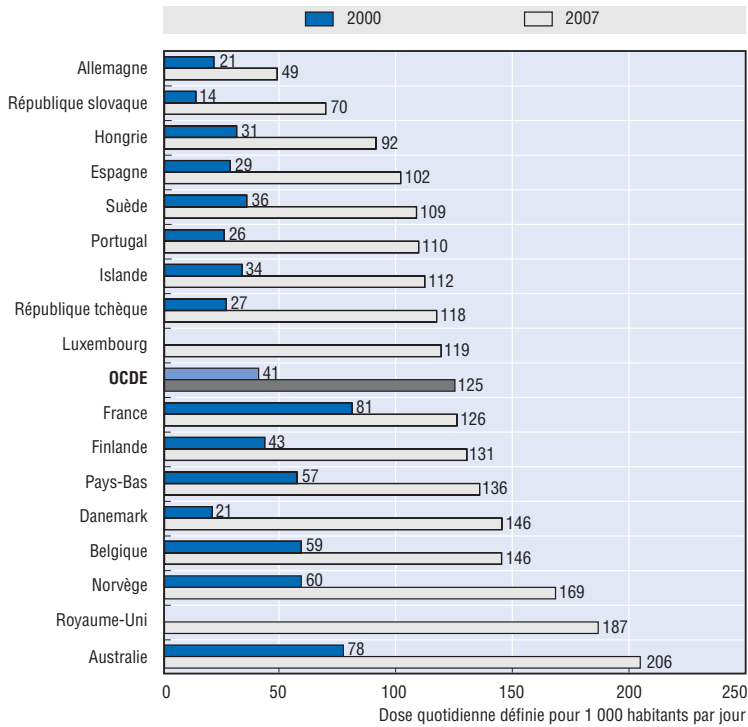


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

*Note* : Certaines différences entre les pays sont dues aux différences dans les systèmes de classification et aux méthodes d'enregistrement.

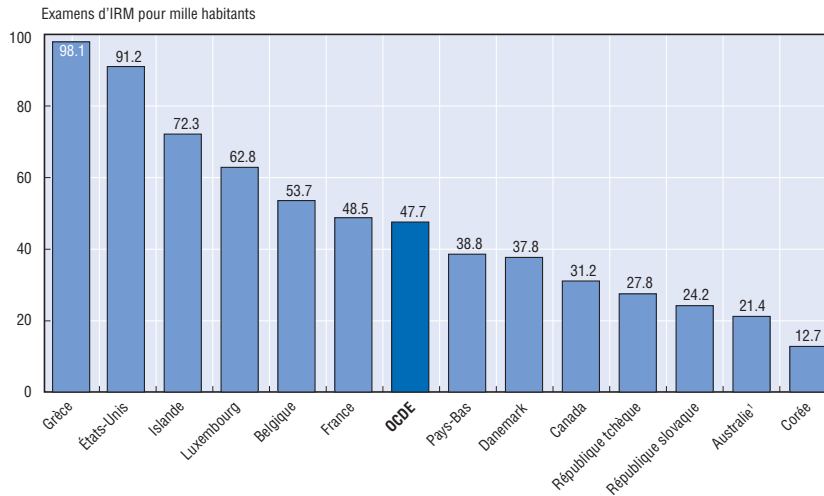
*Source* : OCDE (2010).

**Partie B. Consommation d'anti-cholestérols, dose quotidienne définie (DQD) pour 1 000 habitants par jour, 2000 et 2007**



Source : OCDE (2009).

**Partie C. Nombre d'exams d'IRM pour mille habitants, 2008 (ou dernière année disponible)**



1. Les données tiennent compte seulement des exams faits en ambulatoire et dans les hôpitaux privés (à l'exclusion des exams dans les hôpitaux publics).

Source : OCDE (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331657>



### ***Les variations infranationales des pratiques médicales laissent entrevoir des perspectives d'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des prestations de santé***

Les études sur la variabilité des pratiques médicales permettent également de penser que les pays pourraient faire des économies pour le même niveau de résultats sur le plan de la santé, moyennant des processus de soins plus efficaces. Des variations locales ont été observées dans plusieurs pays de l'OCDE (Danemark, Pays-Bas, Norvège et Suède) ; elles ont même fait l'objet d'une description détaillée aux États-Unis (Mullan et Wennberg, 2004 ; Mulley, 2009). Le Dartmouth Institute fournit, depuis plusieurs années, des informations concernant les variations locales des pratiques médicales et les facteurs en cause. En travaillant sur des données de Medicare, les chercheurs de cet institut ont montré que certaines zones géographiques offrent davantage de soins aux patients souffrant de maladies chroniques – soins qui ne procurent aucun bénéfice supplémentaire et ont parfois même des effets néfastes (voir graphique 3.2 ; Dartmouth Institute, 2008 ; Mulley, 2009).

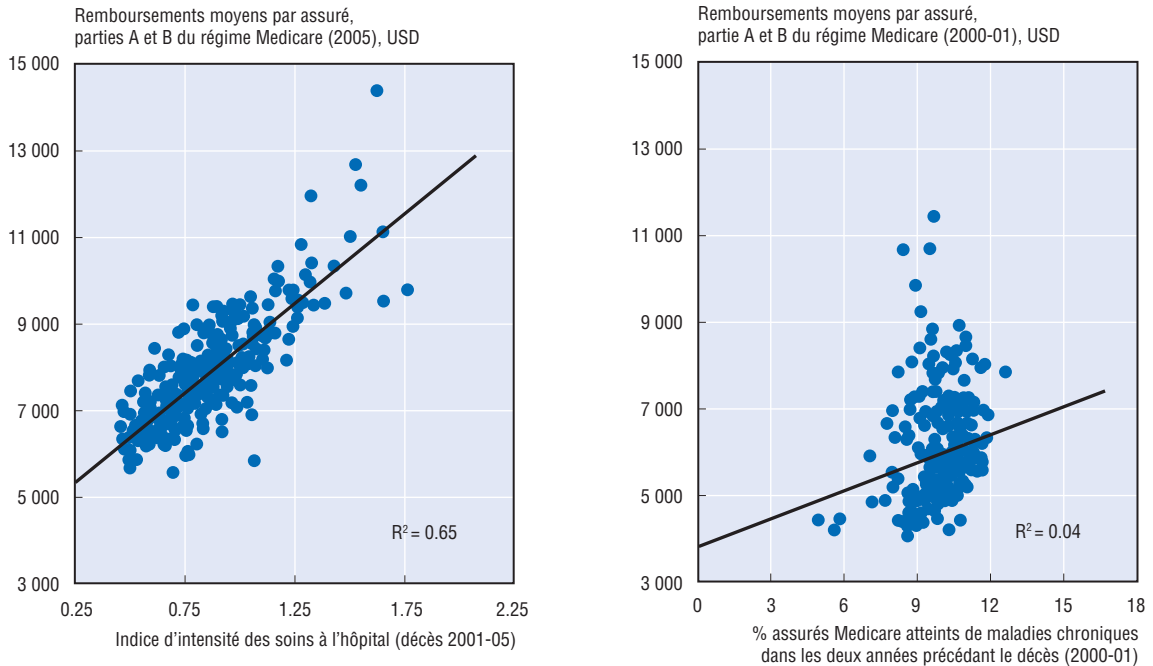
Il en va de même dans d'autres domaines : en étudiant les taux d'utilisation d'endoprothèses (stents) et de défibrillateurs cardioverters implantables (DCI), en Espagne et en Italie, Capellaro *et al.* (2009) observent des variations à la fois entre les pays et à l'intérieur des pays. En 2006, on dénombrait 2 112 interventions coronariennes percutanées (ICP) par million d'habitants en Italie et 1 276 par million d'habitants en Espagne. L'Espagne l'emportait légèrement sur l'Italie pour la proportion d'ICP pratiquées avec au moins une endoprothèse (96.1 % contre 92.5 %) comme pour le nombre d'endoprothèses implantées par acte (1.59 contre 1.45). La proportion de stents actifs était comparable (55 % en Italie et 59 % en Espagne), avec cependant une grande variabilité selon les régions (de 23 % à 78 % en Italie et de 40 % à 78 % en Espagne). Les taux d'implantation de DCI différaient à l'échelle internationale et infranationale. En 2006, l'Italie et l'Espagne ont respectivement notifié 189 et 60 implants par million d'habitants, pour des écarts régionaux allant de 39 à 285 en Italie et de 24 à 116 en Espagne.

La plupart de ces études sur la variabilité des pratiques médicales ont tenté d'identifier leurs causes. Aux États-Unis, les variations locales peuvent s'expliquer, en partie, par les différences en matière de couverture, d'organisation des soins et de méthodes de paiement. Les recherches du Dartmouth Institute concluent qu'une partie des variations observées sur le plan des pratiques sont « sensibles à l'offre » – elles s'expliquent par des différences côté offre. Par exemple, les régions qui ont des systèmes de soins organisés (médecine de groupe ou systèmes hospitaliers intégrés) dispensent généralement moins de soins intensifs. Dans les pays où la couverture, les dispositifs institutionnels et les modes de paiement des prestataires sont uniformes, d'autres facteurs ont été mis en évidence, tels que l'influence des pairs ou de l'industrie, les caractéristiques personnelles des médecins (notamment l'âge, le sexe, le cursus médical initial, la formation et l'aversion pour l'incertitude) ou de leurs patients (voir de Jong *et al.*, 2010 ; Mousques *et al.*, 2010 pour des revues de littérature).

En conclusion, si une partie des variations de pratiques médicales peut s'expliquer par les caractéristiques socio-économiques et les besoins de santé des différentes populations, une autre partie demeure inexpliquée et peut être le signe d'une utilisation inefficace des ressources.

### Graphique 3.2. Variations locales des pratiques médicales

Utilisation des hôpitaux, prévalence des maladies chroniques graves et dépenses de Medicare parmi les 306 régions de Dartmouth Atlas



*Note* : Chaque point représente une des 306 régions des hôpitaux de référence (Hospital Referral Regions) aux États-Unis. L'ordonnée des graphiques représente les dépenses. L'abscisse du graphique de gauche représente l'intensité des soins hospitaliers pour la prise en charge des maladies chroniques : environ 65 % de la variation dans les dépenses par habitant de Medicare est expliquée par la variation dans l'utilisation des soins hospitaliers ( $R^2 = 0.65$ ). À droite, l'abscisse représente la prévalence des maladies chroniques sévères qui est faiblement corrélée aux dépenses par habitant de Medicare ( $R^2 = 0.04$ ). La prévalence des maladies chroniques sévères explique un écart de 1 500 USD dans les dépenses par habitant entre les régions où les patients sont les plus malades comparées aux régions où les patients sont en meilleure santé.

*Source* : Dartmouth Institute, 2008.

### *La pratique clinique s'écarte souvent des soins efficaces tels que définis par les recherches en médecine fondée sur les preuves*

L'American Institute of Medicine estime que la moitié des soins sont actuellement dispensés aux États-Unis sans preuve de leur efficacité (Institute of Medicine, 2009). En outre, les soins ne sont pas toujours dispensés conformément aux recommandations axées sur des pratiques exemplaires, lorsque celles-ci existent.

Une étude réalisée par la RAND Corporation sur la période 1998-2000 aux États-Unis a montré que les patients ne recevaient que 54,9 % des soins recommandés pour un ensemble de 439 indicateurs de qualité des soins, définis pour 30 affections aiguës et chroniques. Ces indicateurs de qualité des soins étaient basés sur les recommandations relatives au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi de chaque affection. Alors que plus de 75 % des soins recommandés étaient dispensés en cas de cataracte sénile ou de cancer du sein, pour dix pathologies le pourcentage ne dépassait pas 50 %. Seulement 22,8 % des soins recommandés étaient dispensés pour les fractures du col du fémur et

10.5 % pour l'alcoolodépendance. Dans bien des cas, mais pas tous, le non-respect des soins recommandés correspondait à une sous-utilisation des services de soins (McGlynn *et al.*, 2003).

D'autres études ont apporté des informations plus anecdotiques sur le non-respect des soins recommandés dans la pratique médicale. En France, par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation sur les traitements pharmaceutiques pour la prise en charge de l'hypercholestérolémie : un traitement médicamenteux ne doit être mis en route qu'au-delà d'un certain taux de LDL-cholestérol et qu'après l'échec d'un régime. En 2002, plus de la moitié des patients ayant bénéficié d'une première prescription de médicaments anticholestérol n'avaient suivi aucun régime. Pour un tiers des patients, le LDL-cholestérol n'avait pas été dosé et, pour un autre tiers, un traitement médicamenteux était prescrit alors que le taux de LDL-cholestérol était plus bas que les seuils recommandés. De même, dans les années 2000, des antibiotiques ont été trop souvent prescrits pour des affections virales sans complications d'origine bactérienne. Pour certains anxiolytiques, les travaux ont montré que les posologies usuelles maximales étaient dépassées dans un quart à un tiers des cas, et que les durées de traitement préconisées étaient dépassées dans 30 à 50 % des cas. Plus de 500 000 patients se sont vu prescrire ponctuellement, selon des modalités non conformes aux recommandations, des médicaments de l'asthme qui devraient être utilisés comme traitement de fond au long cours (voir la synthèse de Polton *et al.*, 2007).

### ***Les préférences des patients ne sont pas toujours prises en compte***

La participation de patients bien informés au processus de décision clinique va aussi dans le sens de l'efficience. Dans certains cas, alors que les avantages et les inconvénients relatifs de différents traitements pour une affection donnée sont dûment établis, aucune solution ne s'avère en tous points supérieure à une autre. Les cliniciens et les patients doivent alors faire des arbitrages entre divers types d'avantages et d'inconvénients, avec un niveau variable d'incertitude pour chacun d'eux. En bonne logique, il faudrait que le choix du traitement tienne compte des préférences des patients. Or il n'en va pas toujours ainsi.

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome prostatique en offre une illustration. Il ressort d'une étude que lorsque les patients sont informés par le biais d'« aides à la décision » des avantages et des inconvénients d'une intervention chirurgicale, le taux de recours à la chirurgie baisse de 40 % par rapport aux niveaux de référence. L'expérience montre que les patients plus préoccupés par leurs symptômes sont davantage susceptibles d'opter pour une intervention chirurgicale que ceux qui étaient plus inquiets à l'idée d'une dysfonction sexuelle (Mulley, 2009). On constate également que les patients préfèrent opter pour un traitement moins invasif pour certaines maladies, telles que les douleurs dorsales et l'arthrose du genou ou de la hanche (Dartmouth Institute, 2008). D'où l'idée que la prise en compte des préférences de patients dûment éclairés permettrait non seulement d'accroître le bien-être et la satisfaction de ceux-ci, mais aussi de réaliser des économies dans certaines circonstances.

### 3. La médecine fondée sur les preuves et l'évaluation des technologies de santé peuvent aider à rationaliser l'offre de soins

La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) n'ont pas la même origine ni les mêmes objectifs, bien qu'elles puissent toutes deux influencer sur l'offre de soins.

#### *Médecine fondée sur les preuves*

La médecine fondée sur les preuves a fait progressivement évoluer la pensée médicale. Elle est née au lendemain de la Seconde Guerre mondiale avec l'application de modèles expérimentaux – essais contrôlés randomisés (ECR) – à la pratique médicale. Les premiers ECR, réalisés pour la tuberculose par Bradford Hill et Archie Cochrane, ont donné lieu à un nouveau paradigme en matière d'épidémiologie clinique expérimentale. Cette technique s'est généralisée pour l'introduction de nouveaux médicaments dans le cadre du processus de régulation de la pharmacie à partir des années 60. Toutefois, sa diffusion au reste de la pratique médicale a été plus lente.

Dans les années 90, la médecine fondée sur les preuves a pris un caractère plus formel, grâce à de nouvelles manières de synthétiser les ECR sous forme de méta-analyses alimentées par des recherches bibliographiques englobant tous les ouvrages et revues disponibles. La démarche a d'abord été utilisée en obstétrique par Sir Ian Chalmers et une équipe qui ont passé systématiquement en revue l'ensemble des travaux publiés sur l'accouchement, y compris les positions, l'allaitement, l'utilisation des stéroïdes, etc. Ils ont fait une découverte surprenante : beaucoup de pratiques en vigueur de longue date n'étaient pas véritablement étayées. Certaines étaient manifestement inadaptées et d'autres reposaient sur des preuves d'efficacité plus ou moins solides. Il fallait donc, selon les cas, les encourager, les abandonner ou les étudier de plus près. Cette prise de conscience a suscité un mouvement international connu sous le nom de « collaboration Cochrane », qui se propose de recueillir systématiquement les informations médicales et de les diffuser. Plusieurs groupes couvrent aujourd'hui la plupart des domaines de la santé.

La mise en œuvre de la médecine fondée sur les preuves a nécessité une nouvelle génération de protocoles ou de recommandations de pratique clinique. Il y a toujours eu des protocoles en médecine. Ainsi les manuels médicaux font-ils la synthèse des connaissances sur le terrain. Quel que soit le domaine clinique, il existe des manuels décrivant les traitements à retenir pour différentes pathologies, telles que l'infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux. Les sociétés de spécialistes élaborent souvent des recommandations de pratique clinique à l'intention de leurs membres sur la manière de traiter diverses affections. La principale nouveauté a résidé dans l'élaboration de nouvelles recommandations, à partir d'études exhaustives de la documentation médicale, de méta-analyses et d'autres méthodes d'appréciation critique.

Les études comparatives d'efficacité, récemment encouragées aux États-Unis par l'American Recovery and Reinvestment Act de 2009, visent à faire la démonstration et la synthèse des avantages et des inconvénients de différents traitements. Il ne s'agit pas d'une activité nouvelle, car de nombreux payeurs et organismes, y compris aux États-Unis, mènent des travaux de ce type depuis des années. Cependant, le montant supplémentaire de 1.1 milliard USD alloué par les autorités pour développer les études comparatives d'efficacité augmente l'enveloppe publique initiale de 73 % (Docteur et Berenson, 2010). Tout comme la médecine fondée sur les preuves, l'étude comparative

d'efficacité vise principalement à éclairer la prise de décisions au niveau du patient. L'une et l'autre offrent la possibilité d'associer davantage le patient au choix du traitement, à condition que les résultats lui soient communiqués. Elles peuvent aussi étayer les décisions des tiers payeurs en matière de couverture.

#### 4. Évaluation des technologies de santé

L'évaluation des technologies de santé (ETS) va plus loin que la MFP ou que les études comparatives d'efficacité. Au-delà des questions « est-ce que c'est efficace ? » et « qu'est-ce qui marche le mieux ? », elle permet aussi d'essayer de répondre à l'interrogation suivante : « est-ce que c'est opportun d'un point de vue économique ? »

L'ETS procède d'une logique économique. Elle a commencé avec l'analyse coût-avantages qui a accompagné la révolution managériale au sein des administrations publiques. Largement employée par de nombreux ministères, notamment ceux chargés des finances et de la défense, la démarche s'est étendue aux soins de santé à la fin des années 70, en réponse à la pression du progrès technologique et à la multiplication d'équipements coûteux. L'analyse coût-avantages a été étroitement liée à l'arrivée des nouvelles technologies. Les premières évaluations, dans le domaine de la santé, ont porté sur les scanners.

En 1993, l'Australie a été le premier pays à utiliser l'analyse coût-efficacité pour la prise de décisions concernant le remboursement des médicaments. Plusieurs pays de l'OCDE lui ont emboîté le pas. L'exemple le plus important et le plus connu est celui du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni.

Tout travail d'ETS passe par un examen systématique des données cliniques disponibles sur les avantages et les inconvénients de la technologie considérée (médecine fondée sur les preuves et étude comparative d'efficacité, le cas échéant). Toutefois, l'ETS prend généralement en compte un ensemble d'aspects bénéfiques plus vaste – au-delà des résultats sur le plan de la santé des patients – et englobe souvent une évaluation économique. Les organismes chargés de l'ETS disposent d'une certaine latitude pour définir la méthode et le processus d'ETS en fonction des préférences du public visé (assureur, instances gouvernementales, grand public, etc.), bien que la marche à suivre puisse aussi être codifiée dans ce domaine. Si l'ETS a pour principal objectif d'éclairer la prise de décisions, elle peut également étayer des recommandations concernant les pratiques à retenir (voir encadré 3.2).

Dans les pays de l'OCDE, on s'oriente vers l'institutionnalisation de la MFP<sup>2</sup> et de l'ETS, et vers l'emploi accru de ces deux démarches pour l'élaboration de recommandations de pratique clinique et la prise de décisions en matière de couverture. Néanmoins, le stade d'avancement est très variable d'un pays à l'autre. Les sections ci-après donnent un bref aperçu de l'état actuel, et des perspectives d'évolution, de l'utilisation de la MFP et de l'ETS dans les pays de l'OCDE.

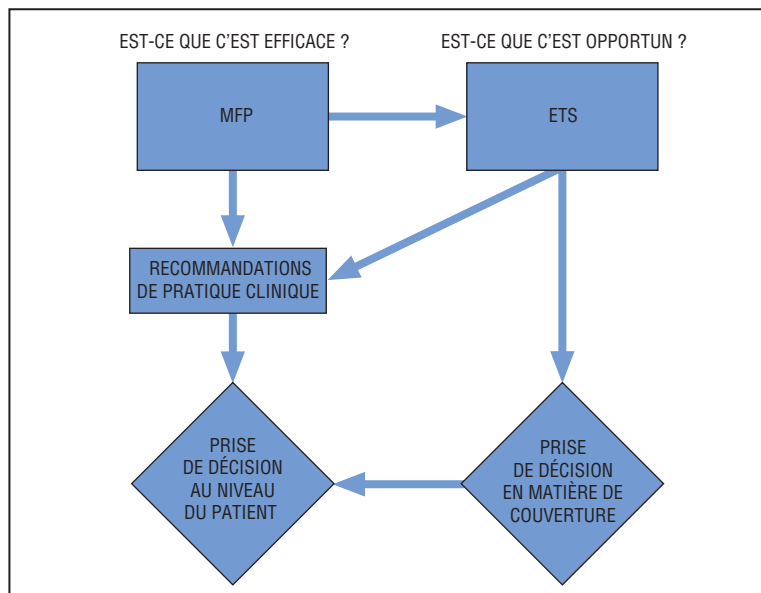
### Encadré 3.1. Médecine fondée sur les preuves, étude comparative d'efficacité et évaluation des technologies de santé : définitions

La médecine fondée sur les preuves (MFP) a été définie par Sacket *et al.*, en 1996, comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves tangibles récentes issues de la recherche médicale pour la gestion de patients individuels ». Comme l'ont fait remarquer Drummond *et al.* (2008), « cette définition a été étendue, par l'usage, aux prises de décisions fondées sur des données probantes adoptées par un groupe ou dans le cadre d'une politique pour élaborer des recommandations de pratique clinique, prendre des décisions concernant le taux de couverture et établir les listes de médicaments remboursés ».

L'Institute of Medicine américain propose de définir comme suit l'étude comparative d'efficacité : obtention et synthèse des preuves qui permettent de comparer les avantages et les inconvénients de différentes méthodes visant à prévenir, diagnostiquer, traiter et surveiller une affection clinique ou à améliorer la prestation de soins. L'objectif est d'aider les usagers, les cliniciens, les acheteurs et les décideurs politiques à prendre des décisions éclairées permettant d'améliorer les soins de santé au niveau individuel et au niveau de la population.

Beaucoup de définitions ont été avancées pour l'évaluation des technologies de santé (ETS). Selon l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), l'ETS est « un domaine multidisciplinaire d'analyse des politiques publiques. Elle étudie les implications médicales, sociales, éthiques et économiques de l'élaboration, de la diffusion et de l'utilisation des technologies de santé ». Toutefois, en pratique, les méthodes d'ETS ne prennent pas systématiquement en compte tout l'éventail des conséquences sociales, éthiques et économiques de l'utilisation et de la diffusion des nouvelles technologies, et tendent plutôt à privilégier les répercussions en termes de santé et d'organisation. Si l'ETS vise principalement à éclairer les décisions en matière de couverture, elle peut aussi étayer des recommandations de pratique clinique.

#### Utilisation de la médecine fondée sur les preuves (MFP) et de l'évaluation des technologies de santé (ETS)



Source : D'après Drummond *et al.* (2008), Institute of Medicine (2009), [www.inahta.org/HTA/](http://www.inahta.org/HTA/), consulté le 8 mars 2010.

## 5. Emploi actuel de l'évaluation des technologies dans les pays de l'OCDE

Divers travaux ont cherché à rendre compte du contexte et de l'utilisation de l'ETS au niveau européen (Sorenson *et al.*, 2007 ; Velasco-Garrido *et al.*, 2008) et ailleurs (numéro spécial de *l'International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2009). Une enquête menée par l'OCDE sur la période 2008-09 a permis de rassembler un ensemble minimum d'informations sur le rôle effectif de l'ETS dans la prise de décisions (voir tableau 3.1). Tous les pays sauf quatre (Grèce, Luxembourg, République tchèque et Turquie) ont fait état de structures ou de moyens mis au service de l'ETS. Cependant, les capacités d'ETS sont très variables d'un pays à l'autre.

La plupart des pays ont déclaré recourir à l'ETS pour déterminer la prise en charge des actes médicaux, des médicaments et des équipements coûteux. Dans certains pays, tels que le Portugal, l'ETS sert uniquement à définir la couverture des produits pharmaceutiques. Il ressort que dans beaucoup de pays, les résultats de l'ETS aident également à fixer le niveau de remboursement, en particulier pour les médicaments. Enfin, dans une majorité de pays, l'ETS intervient aussi dans l'élaboration de recommandations de pratique clinique. Tous les pays utilisant l'ETS, à l'exception de la France, ont fait savoir que le rapport coût-efficacité et la faisabilité budgétaire entraînent en ligne de compte.

**Tableau 3.1. Utilisation de l'évaluation des technologies de santé (ETS) dans les pays de l'OCDE**

	Structure et capacité d'évaluation des technologies de la santé	Prise en compte du rapport coût/efficacité et de l'impact budgétaire dans l'évaluation des technologies	ETS utilisée pour un nouveau médicament pour déterminer :			ETS utilisée pour une nouvelle procédure pour déterminer :			ETS utilisée pour un nouvel équipement coûteux pour déterminer :		
			La prise en charge	Le niveau de remboursement ou le prix	des recommandations	La prise en charge	Le niveau de remboursement ou le prix	des recommandations	La prise en charge	Le niveau de remboursement ou le prix	des recommandations
Allemagne	Oui	n.d.	X	X		X					
Australie	Oui	Oui	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autriche	Oui	Oui	X	X							
Belgique	Oui	Oui	X	X	X	X		X	X		
Canada	Oui	Oui	X	X	X				X	X	X
Corée	Oui	Oui	X	X		X	X		X	X	
Danemark	Oui	Oui	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Espagne	Oui	Oui		X		X		X	X		X
Finlande	Oui	Oui	X	X	X			X			
France	Oui	Non	X	X		X	X		X		X
Grèce	Non	-									
Hongrie	Oui	Oui	X			X			X		X
Irlande	Oui	Oui	X								
Islande	Oui	n.d.	X								
Italie	Oui	n.d.									
Japon	Oui	Oui	X	X		X	X		X	X	
Luxembourg	Non	-									
Mexique <sup>1</sup>	Oui	Oui	X	X	X	X		X	X		X
Norvège	Oui	Oui	X		X	X		X	X		X
Nouvelle-Zélande	Oui	Oui	X	X	X	X			X	X	
Pays-Bas	Oui	Oui	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pologne	Oui	Oui	X	X		X		X	X		
Portugal	Oui	Oui	X	X	X			X			X
Rép. slovaque	Oui	n.d.									
Rép. tchèque	Non	-									
Royaume-Uni	Oui	Oui	X					X			X
Suède	Oui	Oui	X	X	X						
Suisse	Oui	Oui	X			X					
Turquie	Non	-									

n.d. : non disponible ; - : sans objet.

1. Au Mexique, l'utilisation de l'ETS est limitée.

Source : Paris *et al.* (2010), et mise à jour tenant compte des informations disponibles en juillet 2010.

### ***Institutions : statut, missions et activités***

Le premier organisme national d'ETS a été créé en Suède, en 1987<sup>3</sup> (voir encadré 3.2), et cet exemple a été largement suivi. Aujourd'hui, la plupart des pays de l'OCDE disposent d'organismes nationaux responsables en la matière, qui diffèrent par leur cadre institutionnel (organisme indépendant ou rattaché au ministère de la Santé ou à l'assurance nationale), leur champ d'action (les technologies à évaluer) et leur mission (aide à la prise de décisions, publication de recommandations pour la pratique clinique, prospective, accréditation des établissements de soins). Cependant, les activités d'ETS ne sont pas l'apanage des organismes nationaux. Elles ont précédé la création de ces organismes et, dans de nombreux pays, les ministères chargés de la santé financent de telles activités depuis des dizaines d'années (Mexique, par exemple). Dans plusieurs pays européens et au Canada, des organismes d'ETS régionaux ou hospitaliers co-existent avec les organismes nationaux (Velasco-Garrido *et al.*, 2008). Aux États-Unis, les payeurs publics (Medicare, Veterans Health Administration) et les assureurs privés mènent des activités d'ETS pour établir la liste des produits remboursables. Des organismes d'ETS ont été récemment mis sur pied en Corée et en République slovaque (Kim, 2009).

Seuls quelques pays de l'OCDE ne disposent pas d'organisme d'ETS national, notamment les États-Unis et le Japon. Au Japon, le ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être finance les activités d'ETS, et l'élaboration de recommandations de pratique clinique est confiée à des centres d'études universitaires. Toutefois, il n'y a pas de lien formel avec la prise de décisions en matière de remboursements et de tarifs (Hisashige, 2009).

#### **Encadré 3.2. L'évaluation des technologies de santé en Suède**

L'Agence nationale suédoise de l'évaluation des technologies de santé (SBU) est un organisme indépendant dont la création remonte à 1987. Ses missions sont définies comme suit par le gouvernement : la SBU est chargée de *procéder à l'évaluation scientifique* des nouvelles technologies du point de vue médical, économique, sociétal et éthique. Elle doit *présenter et diffuser* les évaluations de façon à ce que les prestataires de soins et autres professionnels puissent en exploiter les conclusions. Il lui appartient d'*évaluer* comment les conclusions ont été exploitées et quels résultats ont été obtenus (Jonsson, 2009).

La SBU diffuse activement les résultats de ses évaluations et établit des rapports complets, ainsi que des synthèses à l'intention de différents destinataires, y compris le grand public et la communauté internationale (en anglais)\*. Ces derniers résultats sont disponibles sur son site Internet et dans les pharmacies. La SBU publie des communiqués de presse et organise des conférences de presse, de même que des conférences locales et nationales et des campagnes d'information. Jusqu'à une date récente, les experts qui participaient au processus d'évaluation étaient nommés, sur la base du volontariat, « ambassadeurs » et parcouraient le pays pour informer leurs collègues et les autres acteurs impliqués. Les choses ont changé il y a peu et, aujourd'hui, des « relais » sont désignés dans chaque comté pour faciliter la diffusion des résultats. Enfin, les résultats de l'évaluation sont publiés dans la revue de l'Association médicale suédoise (SLF) et dans d'autres revues nationales et internationales.

La SBU évalue régulièrement l'utilisation des rapports d'évaluation dans la pratique médicale et publie les résultats de ses évaluations dans son rapport d'activité annuel. Des études ont montré l'impact positif des rapports de la SBU. Par exemple, conformément à ses recommandations, le recours au bilan pré-opératoire a été réduit pour les patients jeunes et en bonne santé, ainsi que le nombre de congés maladie prescrits pour cause de douleurs dorsales, et les investissements dans des équipements d'ostéodensitométrie. La prescription de diurétiques et de bêta-bloquants, se révélant aussi efficaces que des médicaments plus récents et plus onéreux pour traiter l'hypertension légère, a augmenté après la publication du rapport de la SBU. Concernant le traitement



de la dépression et de la consommation abusive d'alcool et autres substances toxiques, la prescription de médicaments plus efficaces a augmenté, conformément aux recommandations de la SBU.

Il incombe au *Conseil des prestations pharmaceutiques* (LFN), organisme indépendant créé en 2002, de déterminer si un produit sera remboursé selon le régime de prise en charge des médicaments. Pour chaque nouveau médicament susceptible de donner droit à un remboursement, le LFN se réfère à trois critères : rapport coût-efficacité (du point de vue de la collectivité) ; valeur humaine (c'est-à-dire absence de discrimination) ; « principe de besoin et de solidarité » (qui peut justifier de donner la priorité aux traitements destinés aux personnes qui en ont le plus besoin). Le LFN procède également à l'examen systématique de plusieurs classes de médicaments depuis 2003, ce qui a entraîné le retrait de certains produits de la liste des médicaments remboursables.

\* Par exemple, la SBU a publié une synthèse de 28 pages sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées (disponible en anglais) : [www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Drug\\_Consumption\\_among\\_Elderly\\_summary.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Drug_Consumption_among_Elderly_summary.pdf).

Source : Jonsson (2009) ; Moïse et Docteur (2007).

### ***Utilisation de l'ETS pour la prise de décisions en matière de couverture***

Parfois, les organismes d'ETS sont également chargés d'« approuver » les technologies, à l'instar du NICE, en Angleterre et au Pays de Galles, ou du LFN, en Suède (chargé d'évaluer les nouveaux médicaments pour les décisions de prise en charge). Le plus souvent cependant, leur rôle se limite à l'évaluation scientifique, et les décisions sont arrêtées par les tiers payeurs, les pouvoirs publics ou les regroupements d'organismes.

Dans le secteur pharmaceutique, où l'utilisation de l'ETS est la plus répandue, l'évaluation est normalement menée par les organismes d'ETS ou par des établissements scientifiques indépendants, tandis que les décisions sur la couverture relèvent des pouvoirs publics et des tiers payeurs. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) élabore des recommandations sur le remboursement des médicaments, mais les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie prennent les décisions en dernier ressort. En Allemagne, l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de santé (IQWiG) fait des recommandations au Comité fédéral conjoint (GBA), associant les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux et les médecins, dont émanent les avis définitifs<sup>4</sup>. Au Canada, le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) publie des recommandations quant à la prise en charge des nouveaux médicaments, mais les autorités provinciales et fédérales demeurent responsables de leur inscription sur les listes de médicaments remboursés par leurs programmes (Paris et Docteur, 2006 ; et OCDE, 2008).

Les recommandations pour les décisions de prise en charge n'aboutissent pas toujours à des options du type « oui ou non ». Elles peuvent préconiser une couverture restreinte (selon certaines indications ou pour certains sous-groupes de la population) ou une couverture subordonnée à la participation à des études cliniques. Cette dernière option est de plus en plus courante, en particulier en cas de forte incertitude sur les effets du traitement évalué.

Par ailleurs, dans les pays de l'OCDE, l'ETS a été largement mise au service de programmes de santé publique pour la détection précoce du cancer. Elle a permis, par exemple, de déterminer que les clichés mammographiques systématiques pour le dépistage du cancer du sein ne se justifiaient qu'après 50 ans. Avant 50 ans, les coûts directs et indirects sont supérieurs aux avantages de tels programmes.

### *Utilisation de l'ETS pour l'élaboration de recommandations de pratique clinique*

De nombreux organismes d'ETS aident à la prise de décisions en matière de couverture mais ne proposent pas d'orientations cliniques à l'intention des professionnels. Quelques organismes assument néanmoins ces deux fonctions. Les recommandations de pratique clinique conditionnent plus ou moins le remboursement et sont plus ou moins contraignantes pour les médecins, selon les pays.

Les orientations du NICE, par exemple, définissent ce qui devrait être couvert par le NHS et dans quelles circonstances. Ses orientations cliniques restreignent généralement la couverture à une population cible ou aux traitements de deuxième intention, mais définissent également les droits des patients à l'accès aux traitements, s'il y a lieu. En principe, les recommandations de pratique clinique sont donc contraignantes pour les praticiens du NHS. Néanmoins, il n'existe pas de programme national de surveillance ou de contrôle du comportement des intéressés car le système s'en remet au jugement des professionnels et aux incitations économiques en direction des Primary Care Trusts. Récemment, le NICE a été associé à la définition des objectifs de qualité entrant dans le Quality and Outcomes Framework (QOF), qui incite les médecins à améliorer la qualité des soins par un système de rémunération à la performance.

Par contre, la SBU (Suède) et la HAS (France) formulent des recommandations qui ne sont pas contraignantes pour les professionnels de santé. Des efforts visent à encourager l'adhésion des professionnels, notamment au travers de l'information pharmacothérapeutique assurée par les caisses d'assurance maladie (en France), mais il n'y a pas d'obligation formelle de suivre les recommandations. La rémunération à la performance récemment instaurée en France inclut des objectifs de qualité qui découlent des recommandations de la HAS, si bien que les médecins concernés (un quart des médecins en 2010) sont incités économiquement à se conformer à ces recommandations.

### *Évaluation économique : rôle et méthodologie*

De nombreux pays incluent l'évaluation économique dans l'ETS, notamment pour les recommandations portant sur la couverture des nouveaux médicaments et technologies. Chaque pays ou organisme détermine les méthodes à employer. La plupart des pays calculent un ratio coût-efficacité incrémental (RCEI), qui indique le surcoût induit par le nouveau traitement pour le surcroît d'avantages ou de résultats. Les résultats sont généralement mesurés en années de vie ajustées par la qualité (QALY). L'institut allemand IQWiG, qui a été invité à développer sa méthodologie en 2007, a décidé de se référer aux frontières d'efficacité pour déterminer la thérapie la plus efficace parmi l'ensemble de solutions dont les coûts et les avantages sont connus. Cette méthode est originale et pourrait être adoptée par la France, mais elle ne permet pas de comparer les coûts et avantages entre domaines thérapeutiques (IQWiG, 2009).

Les économistes de la santé débattent depuis des années d'aspects méthodologiques de l'évaluation économique applicable au secteur (coûts et résultats à prendre en compte, modélisation et évaluation de l'incertitude, taux d'actualisation à utiliser pour les futurs coûts et avantages, etc.) qui ne sont pas abordés ici. L'accent est plutôt mis sur deux sujets particulièrement pertinents pour les décideurs : faut-il retenir un seuil de RCEI explicite au-delà duquel les technologies ne seraient pas financées ? Quel rôle devrait jouer l'analyse d'impact budgétaire ?

### *La question du seuil*

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de Belgique a publié un ensemble de réflexions sur la raison d'être et l'utilisation actuelle des seuils de RCEI (Cleemput *et al.*, 2008). Théoriquement, le seuil retenu pour le RCEI devrait être la valeur qui maximise les gains sur le plan de la santé par rapport à un budget fixe : si les payeurs pouvaient classer toutes les interventions des systèmes de santé, du RCEI le plus élevé au plus faible, et calculer l'impact budgétaire de chaque intervention, la valeur seuil du RCEI correspondrait au RCEI de la dernière intervention pouvant être financée avant l'épuisement des ressources budgétaires fixées<sup>5</sup>. Toutefois, exception faite du programme Medicaid de l'Oregon, aucun payeur ni aucun État n'a jamais envisagé un tel classement pour différentes raisons, notamment le manque d'informations sur les coûts et les avantages de toutes les interventions et le fait que toutes les interventions ne peuvent pas être considérées isolément. En outre, les autorités compétentes ont souvent des objectifs autres que la maximisation des gains sur le plan de la santé. Par exemple, elles peuvent faire prévaloir les aspects redistributifs (faire bénéficier un grand nombre de personnes d'interventions apportant moins de « QALY par coût unitaire », de préférence à des interventions plus coût-efficaces mais utiles pour un petit nombre de personnes, par exemple). Autre argument à l'encontre de ces seuils, les fabricants pourraient être incités à fixer les prix le plus haut possible au regard du seuil fixé. Toutes ces difficultés amènent à opter pour un seuil variable, de préférence à un seuil fixe. C'est d'ailleurs la stratégie généralement adoptée par les décideurs (pour le NICE au Royaume-Uni, le LFN en Suède et le PCEM au Canada).

### *Analyse d'impact budgétaire*

L'évaluation économique peut ou non inclure une analyse d'impact budgétaire (AIB), qui mesure l'incidence qu'entraînera l'adoption de la technologie évaluée sur les coûts des soins de santé (ou le budget public). Le rôle de l'AIB dans la prise de décisions est souvent ambigu et mal défini (Niezen *et al.*, 2009). Il arrive que les recommandations fondées sur l'ETS permettent, par contrecoup, de réaliser des économies, auquel cas l'AIB est bienvenue. La plupart du temps, l'AIB consiste à estimer les sommes supplémentaires à engager pour donner suite à une recommandation issue de l'ETS (adoption d'une nouvelle technologie, par exemple). Il appartient ensuite aux décideurs de s'interroger sur la faisabilité budgétaire de la mise en œuvre de cette recommandation.

L'AIB n'est pas toujours menée ni publiée de manière transparente, mais les décideurs ne sauraient guère s'en passer, ne serait-ce qu'à des fins de planification et d'élaboration du budget. L'AIB a-t-elle un rôle à jouer dans l'ETS et le processus de décision ? Niezen *et al.* (2009) donnent des arguments pour sa prise en compte dans les décisions. Premièrement, toute décision impliquant des dépenses supplémentaires a un coût d'opportunité : le montant nécessaire devra être affecté au détriment d'autres interventions en matière de santé ou d'autres investissements publics. L'AIB permet d'appréhender ce coût d'opportunité. Deuxièmement, si des arbitrages s'imposent au sein des systèmes de santé, l'aversion aux pertes ou l'effet de manne – le fait que les individus accordent généralement plus de valeur à ce qu'ils ne veulent pas perdre (par exemple, un médicament qui pourrait être radié de la liste des médicaments remboursés au profit d'un nouveau médicament) qu'à ce qu'ils pourraient obtenir (en l'occurrence, le nouveau médicament) – dissuade les autorités compétentes de retirer des avantages acquis. Ces préférences accroissent le coût d'opportunité des nouvelles décisions, notamment celles ayant un fort impact budgétaire. Troisièmement, lorsque les avantages des interventions

dans le secteur de la santé sont évalués avec un degré élevé d'incertitude, les autorités peuvent davantage hésiter à engager des sommes d'argent importantes. Quatrièmement, l'AIB peut venir à l'appui de mesures visant à préserver « l'égalité des chances ». Le faible impact budgétaire est souvent mentionné pour justifier le remboursement de médicaments orphelins non coût-efficaces (selon les normes en vigueur). En conclusion, les décideurs ne peuvent ignorer l'impact budgétaire : la prise en compte plus explicite de l'AIB rendrait les décisions plus transparente, bien qu'il ne soit pas peut-être pas possible d'établir des règles définitives permettant d'envisager simultanément le rapport coût-efficacité et la faisabilité budgétaire.

### *Diffusion des résultats de l'ETS*

Il importe que les rapports d'ETS soient rendus publics, pour des raisons de transparence et de mise en œuvre (en ce qui concerne les recommandations de pratique clinique). Ces rapports comprennent généralement des centaines de pages d'informations complexes présentées de façon plus ou moins lisible. Les organismes d'ETS doivent donc s'efforcer de communiquer ces informations aux divers acteurs concernés.

Au minimum, il faut que les organismes d'ETS proposent une synthèse de l'évaluation et des recommandations aisément consultable et utilisable par les professionnels dans leur pratique courante. La plupart des organismes d'ETS y veillent. Néanmoins, des stratégies de diffusion plus actives, à l'instar de la SBU en Suède (voir encadré 3.2), sont souhaitables.

La communication en direction des patients et du grand public revêt encore plus d'importance dans un contexte marqué par la profusion d'informations dont la qualité n'est pas toujours facile à apprécier pour les non-spécialistes. Certains organismes d'ETS publient des informations utiles à l'intention des patients et de leur entourage familial. Aux États-Unis, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) propose sur son site Internet des guides destinés aux patients, en anglais et en espagnol, ainsi que des documents audio<sup>6</sup>. Ces guides, actuellement au nombre de 16, portent sur le traitement du cancer de la prostate, les antidépresseurs, les médicaments anti-cholestérol, le traitement de l'ostéoporose, etc. Ils décrivent généralement la pathologie ou les symptômes, les avantages et les risques associés aux différents traitements et le prix de fourniture mensuelle des principaux médicaments.

Le NICE publie sur son site Internet des brochures intitulées « Understanding NICE guidance » à l'intention des utilisateurs du NHS. Par exemple, la brochure sur la dépression chez l'adulte<sup>7</sup> décrit les symptômes classiques de la dépression, les différents traitements qui peuvent être proposés par le NHS selon le degré de gravité de la dépression, et contient une série de questions que les patients devraient poser à leur médecin pour mieux comprendre leur maladie et leur traitement. Le coût des thérapies n'est pas mentionné, tous les traitements étant fournis gratuitement par le NHS.

### *Suivi de la mise en œuvre*

Les recommandations de pratique clinique fondées sur des données probantes ne sont pas toujours contraignantes pour les professionnels de santé, sauf lorsque le financement par un système de santé national ou un assureur en dépend. Toutefois, il importe que les tiers payeurs sachent si les recommandations des organismes d'ETS sont suivies d'effet.

Les tiers payeurs devraient d'abord voir si les prescriptions médicales respectent les éventuelles conditions de remboursement. Dans certains cas, une autorisation préalable doit être sollicitée, mais, le plus souvent, le bien-fondé de la prescription est du ressort du médecin. Dans beaucoup de pays, les tiers payeurs n'ont pas accès au diagnostic posé et ne peuvent donc pas formuler de jugement sur le traitement prescrit. Toutefois, l'analyse des demandes de remboursement peut parfois donner une idée du respect des conditions posées. Par exemple, elle peut révéler que la population initialement ciblée a été élargie à des groupes non éligibles.

De même, il faudrait analyser la conformité des pratiques des professionnels de santé aux recommandations fondées sur l'ETS, ne serait-ce que pour mesurer la portée réelle de l'ETS. Cependant, très peu de pays procèdent de façon formelle à un examen systématique de l'impact des rapports d'ETS comme le fait la Suède (voir encadré 3.2). En Angleterre, le NICE établit et demande des rapports sur le taux de mise en œuvre des recommandations<sup>8</sup>. Plus de 30 rapports ont été publiés jusqu'à présent, principalement à partir des données administratives sur les demandes de remboursement.

## 6. L'impact de l'évaluation des technologies de santé

Velasco-Garrido *et al.* (2008) ont systématiquement analysé les ouvrages consacrés à l'impact de l'ETS au moyen d'une grille comportant six critères : information (les acteurs concernés ont connaissance des rapports sur l'ETS), acceptation des acteurs concernés, impact sur le processus d'élaboration des politiques, impact sur la prise de décisions, impact sur la pratique clinique et résultats (gains sur le plan de la santé et impact économique). Les paragraphes suivants couvrent trois aspects importants : l'impact sur la prise de décisions, l'impact sur les pratiques et l'impact sur les coûts.

### *Impact de l'ETS sur la prise de décisions*

Lorsque l'ETS vise à étayer les décisions en matière de couverture, les recommandations ne sont généralement pas contraignantes pour les instances publiques, les caisses d'assurance maladie ou les autres organismes qui décident en dernier ressort. Par exemple, au Canada, les décisions de prise en compte de nouveaux produits dans les régimes provinciaux d'assurance-médicaments suivent généralement les recommandations du PCEM, avec des délais variables, mais tendent à être plus restrictives que les recommandations initiales d'inscription (McMahon *et al.*, 2006). En France, les recommandations positives de la HAS concernant la prise en charge des médicaments sont généralement suivies, tandis que les recommandations de radiation de la liste des médicaments remboursés ne se traduisent toujours dans les faits, ou alors avec un certain retard.

### *Les recommandations fondées sur l'ETS contribuent-elles à faire évoluer les pratiques médicales ?*

En examinant les travaux antérieurs, Velasco-Garrido *et al.* (2008) ont recensé 17 études relatives à l'impact de l'ETS sur les pratiques médicales, centrées sur deux pays : le Royaume-Uni (recommandations du NICE) et la Suède. Les résultats de ces études sont contrastés.

Sheldon *et al.* (2004) ont analysé l'impact de 11 séries de recommandations du NICE émises entre 1999 et 2001 et font état de résultats nuancés. Dans plusieurs cas, le NICE

n'a pas eu d'impact significatif sur la tendance des pratiques en vigueur (extraction de dents de sagesse, appareils auditifs, défibrillateurs cardiovertteurs implantables, prescription de zanamivir pour le traitement de la grippe, par exemple). Dans d'autres, la recommandation a fait sensiblement évoluer les pratiques (prescription accrue d'orlistat contre l'obésité et de taxanes pour le traitement du cancer du sein, par exemple) et/ou une réduction des variations en matière de pratique (orlistat et médicaments contre la maladie d'Alzheimer). Cependant, dans le cas d'orlistat, un audit approfondi a révélé que le médicament était prescrit conformément à la recommandation dans seulement 12 % des cas (âge, IMC et perte de poids). Les auteurs en ont conclu que l'acceptation par les professionnels des recommandations publiées influe largement sur la mise en pratique.

En Suède, d'après les études d'impact, les recommandations de la SBU ont eu des effets sur les pratiques médicales dans la plupart des cas (voir encadré 3.2).

### ***L'ETS ne permet pas toujours de réduire les coûts***

Les activités d'ETS ont pour principal objectif d'améliorer l'efficacité, la qualité et l'efficience des soins de santé. Elles peuvent permettre de faire des économies dès lors que la couverture d'une nouvelle technologie est refusée ou restreinte, ou que des recommandations de pratique clinique précaunissent d'autres traitements moins onéreux. Le NICE a publié sur son site Internet une liste d'orientations censées contribuer à réduire les coûts<sup>9</sup>.

Toutefois, il est clair que l'ETS ne se traduit pas toujours par des économies. En fait, les estimations empiriques montrent que les recommandations du NICE pour l'adoption de nouvelles technologies ont coûté au NHS 1.65 milliards GBP supplémentaires par an (Chalkidou *et al.*, 2009).

## **7. L'avenir de l'évaluation des technologies de santé**

Aucun consensus ne se dégage parmi les pays de l'OCDE concernant le recours à l'ETS, et plus précisément à l'évaluation économique. Plusieurs arguments régulièrement avancés contre son utilisation sont évoqués ci-dessous, ainsi que des principes clés élaborés par un groupe d'experts international en vue d'un meilleur pilotage de l'ETS pour les décisions d'allocation des ressources (voir encadré 3.3 et Drummond *et al.*, 2008).

### ***Discussion sur les trois arguments contre le recours à l'ETS et à l'évaluation économique***

Premier argument contre le recours à l'ETS et à l'analyse coût-efficacité : elles n'encouragent pas l'innovation dans le secteur de la santé et peuvent compromettre les investissements privés en R-D. En réalité, le degré d'influence, négative ou positive, de l'ETS sur l'innovation technologique dépend des méthodes utilisées, notamment pour l'évaluation des résultats.

En faisant entrer l'ETS et l'évaluation économique dans les décisions en matière de couverture, les acteurs publics et les tiers payeurs donnent aux fabricants des indications sur le type d'innovation auquel ils accordent de la valeur et sur leur consentement à payer. La sélection des résultats dignes d'intérêt constitue une première indication. Par exemple, si certains organismes d'ETS considèrent certains marqueurs de substitution comme des critères acceptables de résultats<sup>10</sup>, d'autres sont plus réticents. En rendant ce choix

explicite, les autorités donnent des informations utiles aux innovateurs sur le type de preuves à fournir pour faire adopter leurs produits. De même, lorsque les organismes d'ETS évaluent le « degré d'innovation » d'un nouveau produit pour étayer les décisions concernant les prix, comme c'est le cas en France<sup>11</sup>, l'industrie reçoit une information transparente et explicite sur la valeur attribuée aux améliorations thérapeutiques marginales (ou radicales) apportées par ses produits. Cela peut aider l'industrie à orienter ses investissements vers les domaines thérapeutiques et les adaptations marginales des thérapies existantes les plus prisés.

L'impact de l'utilisation des critères coût-efficacité sur les investissements privés consacrés à la R-D n'est pas univoque. Vernon *et al.* (2005) montrent comment les entreprises peuvent faire intervenir des seuils de coût-efficacité dans leurs choix en matière d'investissements de R-D pour déterminer le rendement escompté selon différents niveaux d'efficacité, de prix et de volume. L'existence de seuils de RCEI (implicites ou explicites) peut réduire l'incertitude des entreprises quant aux décisions et au consentement à payer des autorités compétentes, mais elle peut aussi décourager les investissements de R-D qui procurent de faibles retours sur investissement au seuil considéré<sup>12,13</sup>.

Il convient de noter que l'ETS et l'évaluation économique n'aboutissent pas toujours à des recommandations négatives, et qu'elles ont même dans le passé promu et fait adopter certaines technologies nouvelles dans des systèmes pourtant soumis à de fortes contraintes budgétaires (Royaume-Uni, par exemple).

Deuxième argument : la durée des travaux d'ETS et d'analyse coût-efficacité retarde l'accès des patients à l'innovation. En effet, l'élaboration d'un rapport d'ETS peut prendre plusieurs années (de deux à trois ans en Suède pour les rapports sur le traitement d'une affection qui comparent plusieurs possibilités). Cependant, dans de nombreux pays, des produits et des traitements peuvent être mis sur le marché et parfois remboursés avant d'avoir fait l'objet d'une ETS. L'accès n'est donc pas, en principe, reporté à plus tard. Il en va ainsi au Royaume-Uni, où un nouveau médicament, par exemple, peut être proposé aux patients du NHS tant que le NICE n'a pas pris de décision contraire<sup>14</sup>. En outre, les pays peuvent mettre en place des procédures accélérées pour les technologies qui offrent des perspectives favorables. En Suède, par exemple, la SBU a conçu un programme particulier (Alert) d'examen rapide des traitements innovants (Jonsson, 2009). Enfin, les tiers payeurs peuvent élaborer des programmes d'accès spécial pour que les patients atteints d'une maladie mettant en jeu leur pronostic vital bénéficient immédiatement de traitements prometteurs, sans attendre les résultats de l'évaluation et de l'appréciation. Au Canada, plusieurs régimes fédéraux et provinciaux d'assurance-médicaments ont instauré des programmes de ce type (Paris et Docteur, 2006).

Troisième argument : l'ETS soulève des questions éthiques et n'est pas acceptée par la population, surtout quand les recommandations de l'ETS sont négatives. Ces décisions sont souvent perçues comme des mesures de rationnement par le grand public ou les patients, sans parler de leur retentissement dans les médias (notamment au Royaume-Uni). Or toute contrainte budgétaire, quelle que soit sa rigueur, implique des arbitrages. L'ETS permet simplement de rendre les arbitrages plus explicites, rationnels, cohérents et équitables. Sans doute faudrait-il le faire plus largement savoir auprès des professionnels, des patients et du grand public. La participation des acteurs concernés à l'ETS, la transparence du processus et la divulgation des critères pris en compte dans les décisions finales devraient contribuer à susciter une plus grande adhésion à ce processus et aux décisions finales qui en découlent (Gruskin et Daniels, 2008).

### ***Principes de bonne conduite et de bonne utilisation de l'ETS***

Parmi les principes de bonnes pratiques en matière d'ETS (voir encadré 3.3), beaucoup ont déjà été adoptés par plusieurs pays de l'OCDE et recueillent l'assentiment général alors que d'autres ont été adaptés au contexte national. Compte tenu des pratiques d'ETS en vigueur dans les pays de l'OCDE, certaines des recommandations formulées ici sont particulièrement dignes d'intérêt.

L'idée que l'ETS devrait s'appliquer à toutes les technologies est probablement l'une des plus importantes, d'où plusieurs conséquences. Dans bien des pays, les activités d'ETS portent sur des médicaments nouveaux et des dispositifs médicaux onéreux, qui sont évalués par rapport aux traitements existants. Ce choix tient en partie au manque de ressources. Mais l'ETS devrait être étendue à l'ensemble des technologies (produits, diagnostics et actes, gestion thérapeutique) et à l'examen des traitements existants pour que le processus de décision soit plus rationnel. Même s'il n'est pas indispensable d'établir des rapports d'ETS pour les milliers d'actes et de produits médicaux en usage, un certain nombre de pays ont des progrès à faire en la matière. Presque partout, d'importantes économies peuvent être réalisées dans les pratiques cliniques en vigueur plutôt que dans les nouvelles technologies. C'est en rationalisant les pratiques existantes qu'on peut véritablement économiser et gagner en efficacité. Autrement dit, il faut non seulement abandonner les techniques obsolètes ayant une efficacité marginale, mais aussi faire en sorte que des actes et technologies efficaces soient dûment diffusés et repris par tous.

L'implication des acteurs concernés (producteurs, professionnels et patients) dans le processus d'ETS est certes souhaitable. Encore devrait-elle être clairement définie (consultation ou participation ?). On notera avec intérêt qu'elle ne se réduit pas nécessairement à un rôle de « chambre d'enregistrement » des conclusions de l'ETS. Dans le cas du NICE, bien que parties prenantes au processus, les fabricants ont contesté 30 % des décisions, dont la moitié ont été maintenues (Drummond *et al.*, 2008).

Toutefois, deux recommandations ne font pas l'unanimité. Tout d'abord, Drummond *et al.* (2008) recommandent d'adopter le point de vue de la collectivité dans l'ETS ; beaucoup de pays se contentent d'examiner les coûts pour les payeurs des « soins de santé ». Théoriquement, la perspective collective devrait être utilisée pour maximiser le bien-être social. Or, en pratique, la mission confiée aux responsables des politiques de santé consiste à maximiser les gains réalisés grâce aux budgets ou aux dépenses consacrées à la santé. Par conséquent, l'évaluation économique porte souvent sur les coûts pour le payeur public ou pour l'ensemble des payeurs de soins (Johannesson *et al.*, 2009).

Deuxièmement, certains pays considèrent que les données confidentielles ne peuvent pas entrer dans l'ETS, au risque de mettre en cause l'impératif de transparence.



### **Encadré 3.3. Principes clés d'un meilleur pilotage de l'ETS pour les décisions d'allocation des ressources**

- *L'objectif et la portée de l'ETS devraient être explicites et pertinents* : ils doivent recueillir l'assentiment d'un large éventail d'acteurs ; il faut que le lien soit clair entre l'ETS et la prise de décisions.
- *L'ETS devrait être un exercice impartial et transparent* : l'ETS doit être menée par des organismes indépendants des organismes décisionnaires, des tiers payeurs ou des associations professionnelles ; le processus d'ETS et les critères de décision doivent être transparents. Les travaux doivent être mis gratuitement à la disposition de tous les acteurs concernés.
- *L'ETS devrait englober toutes les technologies pertinentes*, à savoir les médicaments, dispositifs, actes diagnostics et stratégies de traitement pour éviter les distorsions en matière d'allocation de ressources. La place privilégiée actuellement accordée aux médicaments et aux nouvelles technologies ne correspond pas à la situation idéale.
- *Un système clair permettant de fixer les priorités en matière d'ETS devrait être mis en place* pour garantir l'efficacité des activités d'ETS. Par exemple, le NICE sélectionne les technologies à évaluer selon six critères : charge de morbidité, impact sur les ressources, importance clinique et stratégique, variations injustifiées dans les pratiques, facteurs susceptibles d'influer sur l'actualité des recommandations, et probabilité que les recommandations aient un impact.
- *L'ETS devrait intégrer des méthodes appropriées d'évaluation des coûts et des avantages* : il faut que les méthodes soient adaptées à l'objectif visé et au contexte, transparentes et cohérentes pour toutes les évaluations, et périodiquement réexaminées. L'ETS doit être menée par des experts dûment formés.
- *L'ETS devrait prendre en compte un large éventail de données et de résultats* : les données provenant d'essais cliniques randomisés demandent sans doute à être complétées par des observations ; les marqueurs de substitution doivent être pris en compte et extrapolés aux résultats dignes d'intérêt ; les avantages, les risques et les coûts sont à définir au sens large. Les résultats doivent englober l'évolution de la qualité de vie des patients, ainsi que les avantages procurés à l'entourage familial des patients, à leurs employeurs et à la collectivité. Les variations de coûts et d'avantages selon les sous-groupes de population doivent être évaluées.
- *Le point de vue de la collectivité devrait être adopté dans l'ETS* pour garantir une allocation efficace des ressources pour la société dans son ensemble.
- *L'ETS devrait explicitement caractériser l'incertitude entourant les estimations* et assortir les résultats d'analyses de sensibilité et d'intervalles de confiance.
- *L'ETS devrait aborder et traiter la question des possibilités de généralisation et de transfert* entre patients, entre groupes de population et entre structures de soins.
- *Les personnes chargées de réaliser l'ETS devraient résolument associer l'ensemble des principaux groupes d'acteurs concernés* à la définition des objectifs des rapports d'ETS, des autres traitements et populations de patients à prendre en compte, ainsi qu'à la modélisation. Il faut que les intéressés aient la possibilité de commenter les projets d'ETS et de contester les décisions.
- *Les personnes entreprenant une démarche d'ETS devraient activement rechercher toutes les données disponibles*, informations confidentielles comprises, bien que le principe de transparence puisse poser des problèmes à cet égard.
- *L'exploitation des résultats de l'ETS devrait faire l'objet d'un suivi*.
- *L'ETS devrait intervenir au moment opportun* : si possible, l'ETS doit faire suite à l'autorisation de mise sur le marché et être réexaminée périodiquement, ou lorsque de nouvelles informations sont disponibles.
- *Les résultats de l'ETS doivent être communiqués aux différents décideurs*, à savoir les autorités compétentes, les responsables d'établissements de soins, les professionnels de santé, les patients et le grand public.
- *Le lien entre les résultats de l'ETS et les processus décisionnels doit être transparent et clairement défini*. Les critères retenus par les décideurs peuvent légitimement différer selon les payeurs ou les juridictions. Idéalement, ils doivent être transparents.

Source : Drummond *et al.* (2008)

## 8. Conclusions

La rationalisation de l'offre de soins laisse présager des gains d'efficience. L'élaboration et la diffusion de recommandations de pratique clinique fondées sur la médecine fondée sur les preuves (MFP) peuvent contribuer à cette rationalisation. L'évaluation des technologies de santé (ETS) peut compléter l'utilisation des recommandations en éclairant les décisions en matière de couverture pour établir que les nouvelles technologies méritent d'être adoptées.

Il faut disposer de données pour mener une ETS. La conception de systèmes d'information fournissant des chiffres sur les volumes et les coûts des actes médicaux réalisés et des traitements prescrits conditionne la mise au point de l'ETS. Certains pays ont également besoin d'améliorer les compétences en matière d'évaluation.

Les pays devraient s'attacher plus activement à suivre la mise en œuvre des recommandations découlant des ETS, et plus particulièrement des recommandations de pratique clinique. Actuellement, seuls quelques organismes ou établissements d'ETS entreprennent ou commandent des études pour mesurer l'impact des recommandations.

Les pays intéressés peuvent mettre à profit des collaborations internationales déjà fécondes dans le domaine de l'ETS. Il existe des réseaux européens et internationaux qui permettent de partager des expériences et des compétences, de dégager des bonnes pratiques d'ETS et de coordonner le repérage à un stade précoce des technologies nécessitant une évaluation<sup>15</sup>. Les consommateurs et les payeurs auraient assurément tout à gagner de méthodes d'ETS plus standardisées. Bien que les résultats de l'évaluation économique varient inévitablement d'un pays à l'autre – en raison des différences liées à l'organisation des soins, au prix relatif des divers intrants, aux pratiques professionnelles et au contexte épidémiologique –, l'uniformisation des règles applicables aux données requises serait souhaitable.

Les institutions ont leur importance. Il semble intéressant d'associer les fonctions qui consistent à examiner les nouveaux médicaments et technologies et à élaborer des recommandations fondées sur des données probantes. Les considérations médicales sur le l'efficacité clinique doivent s'articuler avec des considérations économiques sur le rapport coût-efficacité, techniques d'évaluation à l'appui. Autrement dit, la perspective clinico-économique est au cœur d'une prise de décisions rationnelles dans le secteur de la santé.

### Notes

1. À partir d'une synthèse de plusieurs études menées aux États-Unis, des spécialistes ont considéré qu'un tiers ou plus des actes réalisés dans ce pays dans les années 90 présentaient un intérêt contestable (RAND, 1998).
2. Toutefois, l'autorégulation de la profession médicale étant ancrée de longue date, ces activités reposent toujours sur des associations et des collèges de médecins dans plusieurs pays. En Suisse, par exemple, la promotion des bonnes pratiques en matière

de prescriptions pharmaceutiques dépend principalement de cercles de qualité regroupant des médecins et des pharmaciens (Paris et Docteur, 2007), sans intervention de la puissance publique, moyennant seulement un soutien logistique des assureurs (pour la collecte de données).

3. Aux États-Unis, l'OTA (Office of Technology Assessment) créé en 1972 a été dissous par le Congrès quelques années plus tard.
4. L'Institut allemand d'information et de documentation médicales (DIMDI) pilote des programmes d'ETS, sollicite des rapports d'ETS auprès d'experts en la matière et tient à jour une base de données contenant tous les rapports d'ETS, y compris ceux de l'IQWiG (voir [www.dimdi.de/static/en/index.html](http://www.dimdi.de/static/en/index.html)).
5. Selon cette définition, il ne devrait pas y avoir de valeurs seuils de RCEI dans les systèmes de sécurité sociale non soumis à des contraintes budgétaires rigoureuses ou lorsque les choses sont envisagées sous l'angle sociétal.
6. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/guides-for-patients-and-consumers/](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/guides-for-patients-and-consumers/), consulté le 8 mars 2010.
7. <http://guidance.nice.org.uk/CG90/PublicInfo/pdf/English>, consulté le 8 mars 2010.
8. [www.nice.org.uk/usingguidance/evaluationandreviewofniceimplementationevidenceernie/niceimplementationuptakecommissionedreports/nice\\_implementation\\_uptake\\_commissioned\\_reports.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/evaluationandreviewofniceimplementationevidenceernie/niceimplementationuptakecommissionedreports/nice_implementation_uptake_commissioned_reports.jsp), consulté le 8 mars 2010.
9. Cf. [www.nice.org.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/costsavingsguidance.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/costsavingsguidance.jsp).
10. Les marqueurs de substitution sont des sortes de « mesures intermédiaires des résultats ». Par exemple, les observations factuelles disponibles peuvent démontrer qu'un médicament fait baisser le taux de cholestérol (lié au risque de mortalité prématurée) sans pour autant démontrer qu'il réduit la mortalité.
11. La HAS, en France, évalue le « degré d'innovation » de chaque nouveau médicament sur une échelle de 1 à 5 par rapport à celui des concurrents existants. Même en l'absence d'évaluation économique formelle, l'ETS, conjuguée au prix des concurrents existants, est appelée à éclairer les décisions sur les prix. Les produits les plus innovants bénéficieront d'un avantage prix.
12. Hollis (2005) propose que les autorités publient des seuils de RCEI pour les médicaments orphelins (qui seront généralement supérieurs aux seuils habituels) pour encourager les entreprises à investir dans ce type de produits.
13. En outre, certains auteurs font valoir que les seuils de RCEI pourraient encourager les entreprises à fixer des prix plus élevés qu'en l'absence d'intervention, mais sans dépasser le seuil.
14. Toutefois, en pareil cas, les prestataires peuvent préférer attendre la décision du NICE (et le financement supplémentaire du NHS) pour adopter l'innovation.
15. Voir, entre autres exemples : EUnetHTA (réseau européen d'évaluation des technologies de la santé, [www.eunetha.net/](http://www.eunetha.net/)) ; INAHTA (réseau international des agences d'ETS, [www.inahta.org/Publications/](http://www.inahta.org/Publications/)) – réseau créé en 1993 qui compte aujourd'hui 46 organismes dans 24 pays ; Euroscan ([www.euroscan.org.uk](http://www.euroscan.org.uk)) ; et InnoHTA (méthodologie d'ETS pour les technologies innovantes dans le secteur de la santé, [www.inno-hta.eu/](http://www.inno-hta.eu/)).

## ***Bibliographie***

- Baker, L. *et al.* (2008), « Expanded Use of Imaging Technology and the Challenge of Measuring Value », *Health Affairs*, vol. 27, n° 6, pp. 1467-1478.
- Battista, R.N. et M.J. Hodge (2009), « The 'Natural History' of Health Technology Assessment », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 281-284.
- Capallero, G., G. Fattore et A. Torbica (2009), « Funding Health Technologies in Decentralised Systems: A Comparison between Italy and Spain », *Health Policy*, vol. 92, pp. 313-321.
- Chalkidou, K. *et al.* (2009), « Comparative Effectiveness Research and Evidence-based Policy: Experience from Four Countries », *The Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 2, pp. 339-367.
- Cleemput, I. *et al.* (2008), « Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé », KCE reports 100B, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Bruxelles.
- Dartmouth Institute (2008), « An Agenda for Change : Improving Quality and Curbing Health Care Spending: Opportunities for the Congress and the Obama Administration », A Dartmouth Atlas White Paper, The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.
- de Jong, J. *et al.* (2010), « Do Guidelines Create Uniformity in Medical Practice? », *Social Science and Medicine*, vol. 70, pp. 209-216.
- Docteur, E. et R. Berenson (2010), « How Will Comparative Effectiveness Research Affect the Quality of Health Care? », Timely Analysis of Immediate Policy Issues, Urban Institute and Robert Wood Johnson Foundation.
- Drummond, M. *et al.* (2008), « Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 24, n° 3, pp. 244-258.
- Gómez-Dantés, O. et J. Frenk (2009), « Health Technology Assessment in Mexico », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 270-275.
- Gruskin, S. et N. Daniels (2008), « Justice and Human Rights: Priority Setting and Fair Deliberative Process », *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 9, pp. 1573-1577.
- Hisashige, A. (2009), « History of Health Care Technology Assessment in Japan », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 210-218.
- Hollis, A. (2005), « An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation », Research Paper, Department of Economics, University of Calgary.
- Institute of Medicine (2009), *Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research*, Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC.

- IQWiG (2008), « General Methods for the Assessment of the Relation of Benefits to Costs », Version 1.0, IQWiG, Cologne.
- Johannesson, M. *et al.* (2009), « Why Should Economic Evaluations of Medical Innovations Have a Societal Perspective? », OHE Briefing, n° 51, Office of Health Economics, Londres.
- Jonsson, E. (2009), « History of Health Technology Assessment in Sweden », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 42-52.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2010), « Systèmes de santé : Efficience et institutions, Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 769, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Kim, C.-Y. (2009), « Health Technology Assessment in South Korea », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 219-223.
- Mousques J., Renaud T. et O. Scemama (2010), « Is the “practice style” hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis », *Social Science and Medicine*, à paraître.
- McGlynn, E.A. *et al.* (2003), « The Quality of Care Delivered to Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, pp. 2635-2645.
- McMahon, M., S. Morgan et C. Mitton (2006), « Common Drug Review: A NICE Start for Canada? », *Health Policy*, vol. 77, n° 3, pp. 339-351.
- Moïse, P. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 28, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Mousques, J., T. Renaud et O. Scemama (2010), « Is the ‘Practice Style’ Hypothesis Relevant for General Practitioners? An Analysis of Antibiotics Prescription for Acute Rhinopharyngitis », *Social Science and Medicine*, à paraître.
- Mullan, F. et J. Wennberg (2004), « Wrestling With Variation: An Interview With Jack Wennberg », *Health Affairs*, exclusivement sur Internet, pp. VAR73-VAR80.
- Mulley, A.G. (2009), « The Need to Confront Variation in Practice », *British Medical Journal*, vol. 339, pp. 1007-1009.
- Niezen, M.G. *et al.* (2009), « Finding legitimacy for the role of budget impact in drug reimbursement decisions », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, n° 1, pp. 49-55.
- OCDE (2005), *Technologies de la santé et prise de décision*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Les prix des médicaments sur un marché global : politiques et enjeux*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

- OCDE (2010), *Eco-Santé OCDE 2010 : Statistiques et indicateurs*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2006), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 24, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 27, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Polton, D., P. Ricordeau et H. Allemand (2007), « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 61, n° 3-4, pp. 73-86.
- RAND (1998), « Assessing the Appropriateness of Care », RAND Health Research Highlights, RAND Corporation.
- Sheldon, T.A. *et al.* (2004), « What's the Evidence that NICE Guidance Has Been Implemented? Results from a National Evaluation Using Time Series Analysis, Audit of Patients' Notes and Interviews », *British Medical Journal*, vol. 329, p. 999.
- Sorenson, C., P. Kanavos et M. Drummond (2007), *Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of HTA in the European Union*, London School of Economics et université de York, Londres.
- Velasco Garrido ; M. *et al.* (2008), « Health Technology Assessment and Health Policy Making in Europe – Current Status, Challenges and Potential », Observatory Studies Series, n° 14, OMS/Europe pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.
- Vernon, J., W.K. Huguen et S.J. Johnson (2005), « Mathematical Modelling and Pharmaceutical Pricing: Analyses Used to Inform In-Licensing and Developmental Go/No-Go Decisions », *Health Care Management Science*, vol. 8, pp. 167-179.

## Chapitre 4

### Améliorer l'efficacité des dépenses de santé en rémunérant la performance

*Beaucoup de pays de l'OCDE expérimentent de nouvelles méthodes pour inciter les fournisseurs de soins à améliorer la qualité des soins de santé, souvent appelées « paiement à la performance » (PàP). Cependant, il n'a pas encore été véritablement vérifié – notamment en raison du manque de données adéquates – si ces nouveaux modes de paiement des fournisseurs de soins (hôpitaux, soins primaires, systèmes intégrés) améliorent significativement la qualité des soins et accroissent aussi l'efficacité dans la santé. L'expérience acquise jusqu'à présent laisse penser qu'il est possible d'améliorer la qualité et l'efficacité en payant pour cela, par exemple dans les interventions de santé publique comme le dépistage du cancer et en amenant les médecins à suivre les recommandations fondées sur les preuves scientifiques pour les affections chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. On considère dans ce chapitre des cas où le PàP semble produire de bons résultats et on analyse les nombreux facteurs qui influent sur la mise en œuvre des programmes d'incitations, tels que les problèmes que posent la mise en place de mesures de la qualité, la collecte des données et le suivi des performances – condition préalable pour la conception de dispositifs de PàP efficaces.*

## 1. Introduction

Beaucoup de pays de l'OCDE expérimentent de nouvelles méthodes pour rémunérer les fournisseurs de soins et quelquefois les patients de manière à améliorer la qualité des soins de santé, souvent appelées « paiement à la performance » (PàP) ou paiement aux résultats<sup>1</sup>. Des dispositifs de plus en plus nombreux testent de nouveaux modèles de récompense de la qualité : dans des pays de l'OCDE comme les États-Unis, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ; dans des pays à revenu intermédiaire comme le Brésil, la Chine et l'Inde ; et dans des pays à bas revenu comme le Rwanda. Ces dispositifs de PàP visent à déterminer si de nouveaux modes de paiement des fournisseurs de soins (hôpitaux, soins primaires, systèmes intégrés) utilisant un certain type de mesure synthétique de la qualité produisent des améliorations de la *qualité* des soins et accroissent aussi l'*efficience* dans la santé. Bien que les données soient pour le moment limitées étant donné que ces dispositifs sont nouveaux et que beaucoup comportent peu d'évaluation rigoureuse, l'expérience réunie jusqu'à présent laisse penser qu'il est possible d'améliorer la qualité et l'efficience en payant pour cela.

À l'heure actuelle, la plupart des fournisseurs de soins de santé ne sont pas récompensés pour l'amélioration de la qualité. Les modes de paiement classiques des médecins comme le salaire, le paiement à l'acte ou la capitation rémunèrent la quantité mais non la qualité. Par exemple, les barèmes d'honoraires courants dans de nombreux systèmes d'assurance paient en fonction de l'unité de service et non de la qualité du service ou de l'amélioration des résultats de santé intermédiaires. La capitation (paiement au nombre de personnes inscrites au cabinet du médecin) laisse l'appréciation de la qualité aux patients, en supposant qu'ils peuvent s'inscrire dans un autre cabinet si la qualité est insuffisante. Dans les hôpitaux, même de nouveaux modes de paiement comme les « groupes homogènes de malades » (GHM), qui paient un montant fixe par patient en fonction du diagnostic (pour tenir compte du profil de cas), n'effectuent pas une mesure en bonne et due forme de la qualité des soins.

Certains pensent que la concurrence entre les fournisseurs de soins améliorera la qualité en donnant le choix aux patients, mais la concurrence ne peut à elle seule résoudre l'éternel problème de l'asymétrie de l'information entre les médecins et les patients, et aussi entre les médecins et les payeurs. L'appréciation de la qualité nécessite des informations (comme les taux d'hospitalisation, les taux d'infection nosocomiale ou l'efficacité globale des traitements) qui dépassent ce que les patients peuvent savoir pour un coût raisonnable. En fait, pour concevoir des dispositifs de PàP efficaces, une condition préalable est de déterminer ce qui constitue la qualité et d'élaborer des mesures de la qualité appropriées.

## 2. La difficulté de définir et de mesurer la qualité des soins

Comme on peut l'imaginer, il est difficile de mesurer quelque chose d'aussi multidimensionnel que la qualité des soins. Notre réflexion sur la qualité des soins a connu une révolution ces deux dernières décennies depuis les enseignements tirés de Deming et Juran sur la qualité des processus industriels qui ont montré l'importance de mesurer la qualité pour pouvoir l'améliorer. Cette question a été mise en lumière dans deux rapports de l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis, qui ont eu une grande influence : *Crossing the Quality Chasm* qui a créé un nouveau paradigme de réflexion sur



la qualité et *To Err is Human* qui indiquait que les erreurs médicales tuaient plus de gens que les accidents de la route aux États-Unis. L'IOM définit la qualité comme ce qui mesure « à quel degré les services de santé aux individus et aux populations augmentent la probabilité des résultats de santé désirés et sont conformes au savoir professionnel du moment ».

Au cœur de la qualité se trouve l'efficacité clinique – le fait qu'une action donnée améliore les résultats de santé (ou non). Cependant, les résultats sont eux-mêmes complexes et multidimensionnels. Ils comprennent des aspects qui dépassent l'efficacité clinique, comme la qualité de la vie et la satisfaction du consommateur. Pour illustrer la complexité de la mesure de la qualité, considérons l'exemple de la qualité du traitement d'une femme diagnostiquée pour un cancer du sein. Le stade auquel le cancer est diagnostiqué détermine son espérance de vie. Cela implique que pour analyser les différences de résultats entre différents groupes de médecins ou entre des hôpitaux, il faut considérer les différences de stade afin de prendre en compte le degré de gravité de la maladie – ce que l'on appelle dans le jargon de la politique de la santé le « case mix » (profil des cas traités). Le stade auquel le cancer est détecté dépend de la couverture et de la qualité des programmes de dépistage et, dans de nombreux pays, la couverture est faible. En conséquence, une des mesures de la qualité peut être la couverture du dépistage du cancer et cette métrique est utilisée dans de nombreux dispositifs de PàP dans les soins primaires.

Cependant, quelle est la qualité des soins du traitement du cancer lui-même (en tant que service de santé) ? Le premier objectif est d'améliorer les résultats de santé. La mortalité est une mesure démographique mais, pour les individus, la statistique la plus significative est la survie à partir de la date du diagnostic. Dans le cancer du sein de stade 1, où le cancer ne s'est pas diffusé au-delà du sein, plus de 90 % des patientes survivent plus de cinq ans et la plupart survivent maintenant couramment plus de dix ans. La mesure des résultats se prolonge donc dans le temps et les mesures de la qualité s'appuient sur des indicateurs de processus à caractère plus intermédiaire portant par exemple sur le fait de savoir si le protocole de traitement du cancer a été correctement appliqué. Pour la plupart des interventions, il est nécessaire de supposer que les résultats intermédiaires comme l'abaissement de la pression artérielle ou du cholestérol conduisent à une amélioration des résultats de santé.

Au-delà de ces questions d'efficacité clinique ou de qualité technique, il existe aussi d'autres aspects de la qualité, comme la qualité de vie. Par exemple, l'opération de la cataracte améliore la vision, mais elle ne prolonge pas la vie. En outre, les patients jugent souvent la qualité des soins de santé suivant des critères plus humains : si le personnel clinique a été poli, les a traité avec respect, ne les a pas fait attendre longtemps, ainsi que la qualité des locaux. Les patients apprécient souvent la qualité des soins de santé suivant des critères non cliniques.

La mesure de la qualité des soins de santé soulève des questions difficiles, mais c'est néanmoins un problème abordable. La qualité comporte trois dimensions : efficacité clinique, sécurité du patient et vécu du patient. Depuis cinq ans, l'OCDE collecte des données sur des indicateurs de résultats normalisés dans la plupart des domaines cliniques. De plus en plus, on introduit la qualité de vie dans des indicateurs de résultats couvrant le vécu des patients. Le Royaume-Uni expérimente de nouvelles méthodes pour incorporer la satisfaction des patients dans le système PROM (Patient Reported Outcomes Measurement) avec des résultats prometteurs. Enfin, des dispositifs de PàP élaborent de nouvelles méthodes pour introduire des mesures de la qualité dans les systèmes de paiement, comme le Quality Outcomes Framework pour les soins primaires au Royaume-Uni.

### 3. Rémunérer la performance : un nouveau paradigme

Les dispositifs de paiement à la performance apportent un changement en mesurant en bonne et due forme la qualité des soins et en la rémunérant. Dans les pays membres ou non membres de l'OCDE, il existe maintenant de nombreuses tentatives nouvelles pour explorer les possibilités d'introduire la qualité dans les systèmes de paiement. Bien que les observations soient encore insuffisantes pour tirer des conclusions définitives, les résultats des dispositifs de PàP tendent à confirmer l'idée de bon sens que la qualité des soins augmente quand on paie pour cela. Le paiement des services de prévention et de santé publique semble particulièrement efficace et il peut accroître la couverture du dépistage du cancer, les taux de vaccination, etc. Souvent, les médecins de soins primaires négligent les services préventifs comme le dépistage du cancer, la mesure de la pression artérielle et les traitements correspondants, la recommandation d'arrêter de fumer ou d'améliorer son régime alimentaire. Les programmes de PàP qui obtiennent les meilleurs résultats comportent des paiements additionnels pour la fourniture de ces services ou pour avoir atteint certains objectifs. Ces programmes montrent en général une augmentation notable de la participation à ces importantes actions de santé publique, qui peuvent contribuer considérablement à l'amélioration de la santé.

Le PàP est aussi utile pour établir des incitations à la prévention et à la coordination des soins pour des maladies chroniques comme le diabète. Il peut contribuer à assurer l'administration de tests préventifs importants aux diabétiques et également encourager la coordination entre les spécialistes du diabète, qui exercent principalement dans les hôpitaux, et les fournisseurs de soins primaires.

Un des problèmes épineux pour les programmes de PàP est le suivi des indicateurs de la qualité. Dans de nombreux cas, il n'y a pas de collecte systématique d'informations sur la qualité. La collecte d'information doit donc être une partie intégrante des programmes de PàP, ce qui peut nécessiter des investissements initiaux coûteux en ordinateurs, en formation et en logiciel. En outre, la communication d'indicateurs cliniques ne fait pas en général partie de la culture en vigueur dans les cabinets médicaux et il faut faire usage de persuasion pour qu'ils fournissent ces informations. Beaucoup de programmes offrent aux médecins des paiements incitatifs pour la fourniture de ces informations, y compris un financement pour l'informatisation de leurs dossiers. Ces coûts initiaux sont souvent plus élevés que les économies générées à court terme.

Les dispositifs de paiement à la performance sont généralement coûteux les deux premières années, mais ils peuvent produire à terme un retour sur investissement quand le système fonctionne pleinement et que les patients sont en meilleure santé. En outre, les économies de coûts peuvent être générées dans d'autres parties du système. Par exemple, une amélioration des services préventifs dans les soins primaires entraîne une diminution des hospitalisations. Dans les systèmes unitaires comme le NHS au Royaume-Uni, ce type d'économies croisées est internalisé par l'acheteur unique, à savoir le ministère de la Santé. Dans les systèmes comportant de multiples payeurs, il est plus difficile d'évaluer ces économies, étant donné que le payeur n'est pas toujours celui qui recueille les effets bénéfiques. Le fait de savoir si le PàP économise effectivement de l'argent va dépendre de la possibilité, pour l'organisme qui a introduit ce dispositif, d'internaliser les économies de coûts à long terme. Cependant, la question la plus importante n'est pas de savoir si le PàP économise de l'argent, mais s'il améliore la qualité de manière proportionnée à ses coûts, autrement dit s'il en donne ou non « pour son argent ».

Il peut être difficile de savoir avec certitude si la qualité des soins s'est améliorée ou si le système s'est simplement adapté à rendre compte de la qualité ; les dispositifs de PàP nécessitent souvent que l'on mette en place la collecte de données sur la qualité qui n'existaient pas auparavant, mais il se peut que les médecins aient fourni des soins de haute qualité sans en rendre compte. Il est aussi difficile de savoir si les dispositifs de PàP améliorent l'efficacité parce que cela nécessite la collecte des coûts sur une longue période dans tout le système de santé. La plupart des dispositifs de PàP souffrent aussi d'une insuffisance d'évaluation, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de groupes témoins, d'où la difficulté de tirer des conclusions. Toutefois, l'expérience des dispositifs de PàP dans un certain nombre de pays semble témoigner d'une amélioration de la qualité des soins. L'exemple des PàP dans les soins primaires en Californie indique qu'ils peuvent servir à établir des incitations en faveur d'importantes actions de santé publique comme le dépistage du cancer, la vaccination, le sevrage tabagique, etc., qui sont très efficaces par rapport à leur coût et parmi les plus rentables en matière de santé. Ce modèle a été reproduit au Brésil et un modèle similaire a été utilisé au Rwanda, montrant également une participation accrue aux services préventifs et de santé publique.

#### 4. Concevoir correctement le PàP : le problème multi-agents

Une des tâches les plus complexes dans la conception des dispositifs de PàP est de trouver le système de paiement optimal pour les fournisseurs de soins de santé. Les médecins ont une connaissance spécialisée sur ce dont les patients ont besoin, ce qui est la raison pour laquelle les patients les consultent, mais les patients ne peuvent juger si ce que le médecin leur dit est vrai, parce qu'il faudrait pour cela qu'ils possèdent les mêmes connaissances spécialisées – en essence, qu'ils deviennent des médecins. C'est le problème classique de l'asymétrie de l'information, dans ce cas compliqué par le problème de l'incertitude des connaissances médicales. Même un médecin ne sait pas nécessairement ce qui fonctionnera pour un patient donné. Les connaissances médicales concernent le patient moyen, mais aucun patient n'est moyen et, pour toute action donnée, il y a un éventail de résultats possibles.

L'asymétrie de l'information et l'incertitude médicale rendent le « problème mandant-mandataire » presque insoluble dans le domaine des soins de santé. Étant donné que le médecin est plus instruit, le patient l'engage comme mandataire, pour que le médecin agisse pour son compte, comme s'il était le patient avec les connaissances du médecin : le médecin est censé agir dans l'intérêt du patient, mais souvent ce n'est pas le cas du fait que les patients et les médecins ont des intérêts, des objectifs et des informations différents.

La situation se complique encore par le fait que souvent le patient ne paie pas le traitement, qui est payé par une tierce partie comme une compagnie d'assurance ou l'État. Il en résulte que, dans la santé, il est très difficile d'ajuster les incitations pour promouvoir la qualité au moindre coût possible parce que trois parties sont en présence, chacune avec des objectifs et un degré d'information différents – le problème multi-agents.

Dans le modèle classique du paiement à l'acte, les médecins ont une forte incitation à fournir des soins supplémentaires, étant donné qu'ils sont payés en fonction du nombre de services fournis. Les patients, pour de nombreuses raisons, notamment le manque d'information mais aussi des facteurs culturels, acceptent en général l'avis des médecins. Dans les systèmes de paiement à l'acte, il existe une forte tendance à accroître le volume

de services pour augmenter le paiement. On peut citer comme exemple la croissance exponentielle du volume de services des fournisseurs de soins chinois qui sont maintenant payés presque exclusivement à l'acte. On a aussi observé une explosion des admissions à l'hôpital, depuis que ceux-ci sont payés au nombre d'admissions (Wagstaff, 2009 ; Herd, 2010). Cette augmentation des services est en grande partie payée par les patients eux-mêmes, étant donné que l'assurance-maladie est très limitée, bien qu'en développement rapide.

Dans les pays de l'OCDE, la plus grande partie des dépenses est assumée par un tiers – l'État ou une compagnie d'assurance. Étant donné que les patients ne supportent pas les coûts réels des services, ils ont tendance à les surutiliser. Quand les médecins sont en présence d'une incitation à en faire plus et que les patients ne s'exposent pratiquement à aucun coût dans l'utilisation des services, il existe une forte pression à l'augmentation de cette utilisation, et il est ainsi vital et nécessaire pour les payeurs tiers de trouver un moyen de maîtriser des coûts sans cesse croissants.

Comme le montre l'exemple ci-dessus, il peut être difficile d'ajuster les incitations des patients et des fournisseurs de soins pour obtenir une efficacité maximum des soins de santé. Un des problèmes est qu'il n'existe pas de mesure de la qualité des soins dans le cadre de la transaction. Si l'on pouvait rendre visible la qualité des soins, en la mesurant en bonne et due forme, cela réduirait l'asymétrie d'information entre les médecins, les patients et les payeurs et il serait peut-être possible d'ajuster les incitations des médecins et des patients en payant sur la base de la qualité des soins – ce qui constitue le fondement théorique du fonctionnement possible du PàP.

## 5. Définir le PàP

Il n'existe pas de définition du paiement à la performance (PàP) reconnue à l'échelle internationale. Ce terme est souvent employé de manière interchangeable avec le paiement aux résultats ou *financement conditionné aux résultats*. Ce dernier terme est particulièrement utilisé dans la santé au niveau mondial, comme dans le cas du grand fonds mondial établi par la Norvège, le Royaume-Uni et l'Australie dans le cadre de la Banque mondiale. Ce fonds apporte des subventions aux pays pour l'introduction de dispositifs de PàP et pour les évaluer convenablement, notamment avec une méthode expérimentale randomisée fiable qui compare les actions de PàP à des groupes témoins non soumis à l'intervention.

Le tableau 4.1 présente les définitions du paiement à la performance utilisées par les parties prenantes les plus importantes dans ce domaine. Étant donné que le mouvement pour le PàP a débuté aux États-Unis, les trois premières définitions reflètent la perspective de ce pays : 1) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2) Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), et 3) RAND Corporation. Elles mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité, toutefois avec une formulation assez différente. La RAND Corporation inclut aussi l'efficacité dans les éléments mesurés. Les trois autres définitions adoptent une approche plus générale et concernent davantage les pays en développement : 4) Banque mondiale, 5) United States Agency for International Development et 6) Center for Global Development. Les définitions de la Banque mondiale, de l'USAID et du Centre for Global Development mentionnent à la fois les incitations du côté de l'offre visant les fournisseurs de soins et les incitations du côté de la demande visant les patients, comme les transferts en

espèces conditionnels. En outre, les définitions des agences de développement mettent l'accent sur la productivité des soins de santé avec des mesures de la production comme les consultations, les tests, les vaccins ou les évaluations de santé.

On utilise ici la définition du PàP plus restrictive axée sur les interventions du côté de l'offre (c'est-à-dire les paiements aux fournisseurs de soins et non aux patients) incluant une certaine mesure de la qualité des soins.

**Tableau 4.1. Définitions du paiement à la performance**

Organisation	Définition du paiement à la performance (PàP)
AHRQ	Payer plus pour une bonne performance relativement à une <b>métrique de la qualité</b> ( <i>source</i> : AHRQ, non daté)
CMS	L'utilisation de modes de paiement et autres incitations en faveur de <b>l'amélioration de la qualité</b> et de soins de haute valeur centrés sur le patient ( <i>source</i> : Centers for Medicare and Medicaid Services, 2006)
RAND	La stratégie générale pour <b>l'amélioration de la qualité</b> en récompensant les fournisseurs de soins (médecins, cliniques ou hôpitaux) qui répondent à certaines attentes en matière de performances relativement à la qualité ou à l'efficacité des soins de santé ( <i>source</i> : RAND Corporation, non daté)
Banque mondiale	Gamme de mécanismes conçus pour améliorer les <b>performances du système de santé</b> au moyen de paiements incitatifs ( <i>source</i> : Banque mondiale, 2008)
USAID	Le PàP introduit des incitations (généralement pécuniaires) pour récompenser l'obtention de <b>résultats de santé positifs</b> ( <i>source</i> : Eichler et De, 2008)
Center for Global Development	Transfert d'argent ou de biens matériels conditionné par l'accomplissement d' <b>une action mesurable ou la réalisation d'un objectif de performance prédéterminé</b> ( <i>source</i> : Oxman et Fretheim, 2008)

*Note* : Les mises en gras-italique sont ajoutées par les auteurs.

## 6. Cadre de conception des programmes de PàP

Pour montrer comment on conçoit et met en œuvre les programmes de PàP, le graphique 4.1 présente un cadre général pour ces programmes. Ce cadre comprend les mesures, les conditions de la récompense et la récompense. La qualité et l'efficacité sont les deux grandes catégories de mesures. On les appelle aussi mesures « du côté de l'offre » pour le PàP, parce qu'elles visent la délivrance des soins de santé par les fournisseurs de soins.

La première composante d'un dispositif de PàP est la mesure de la qualité – le premier encadré dans le graphique 4.1. Les mesures de la qualité suivent un paradigme bien connu distinguant la structure, les processus et les résultats (Donabedian, 2005). La structure concerne l'environnement des soins de santé, comprenant les locaux, les équipements, les fournitures, les produits pharmaceutiques, l'informatique et les ressources humaines. Quand les programmes de PàP récompensent la structure, c'est souvent pour des investissements dans l'informatique. Les processus, au sens large, sont les procédures utilisées pour fournir les services de soins de santé, comprenant les recommandations cliniques, les protocoles de gestion thérapeutique et les taux de vaccination et de dépistage. Les programmes de PàP mesurent souvent les processus en

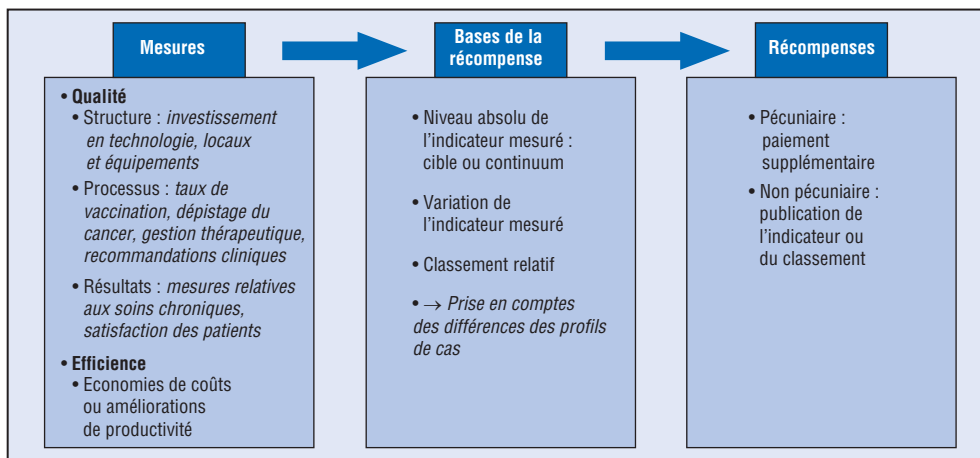
considérant par exemple si un enfant a toutes ses vaccinations ou si une patiente a bénéficié d'un dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus, comme mesures de la qualité.

Les mesures de résultats sont les plus difficiles et elles incluent rarement la mortalité ou la morbidité. Par exemple, la survie pour un cancer du sein qui ne s'est pas diffusé au-delà de cet organe est maintenant couramment supérieure à dix ans et il est difficile de récompenser les fournisseurs de soins pour des résultats aussi lointains. En conséquence, la mesure de la qualité s'appuie davantage sur des résultats intermédiaires comme la pression artérielle, la glycémie et le taux de cholestérol. Les mesures de l'efficacité considèrent les coûts. Par exemple, la performance d'un médecin peut se mesurer au nombre de jours d'hospitalisation pour 1 000 patients inscrits, ou on peut considérer le ratio entre les consultations externes dans un hôpital et celles dans un établissement de soins moins coûteux. Ces mesures doivent être corrigées en fonction du profil de cas, étant donné que la gravité des pathologies est un des principaux déterminants du coût. Souvent, l'âge et le sexe sont pris en compte pour l'ajustement par le profil de cas mais ce n'est pas suffisant et des systèmes de classification plus complexes sont nécessaires pour prendre en compte les différences de gravité de l'état des patients. Par exemple, si un cabinet n'a que de jeunes clients en bonne santé et un autre des diabétiques âgés, il n'est pas surprenant que le premier ait de meilleurs résultats que le second.

Les dispositifs de PàP diffèrent entre les pays à haut ou à bas revenu. Dans les pays à haut revenu, en particulier où s'applique le paiement à l'acte, le problème est de maîtriser la demande toujours croissante de services de santé plus nombreux et meilleurs. Dans beaucoup de pays à bas revenu ayant un service national de santé établi de longue date (souvent désigné par le terme de « modèle public intégré »), où les personnels de santé sont des fonctionnaires, les actions essentielles de santé publique comme la vaccination et les soins anténatals souffrent souvent d'une participation et d'une couverture insuffisantes. Le but est d'accroître la participation, particulièrement pour les services hautement prioritaires, avec une qualité accrue. L'exemple classique est le PàP du Rwanda où ce dispositif a institué des paiements pour une liste de services prioritaires. Dans d'autres exemples, les médecins sont récompensés pour travailler dans le secteur public de préférence au secteur privé (par exemple, en Turquie) ou pour diagnostiquer la tuberculose chez les patients (Chine).

En fait, toute sorte de mesure peut être choisie dans un programme de PàP, de celles qui visent les buts étroits de programmes verticaux consacrés à une maladie particulière, comme accroître une vaccination, à celles qui visent des buts généraux tels qu'améliorer les soins primaires. Dans des programmes de PàP comme le Quality Outcome Framework (QOF) au Royaume-Uni, un grand nombre de buts propres à des maladies particulières différentes sont combinés dans une unique mesure composite.

Graphique 4.1. Cadre des programmes de PàP



Source : D'après Scheffler (2008).

## 7. Récompenser les fournisseurs de soins

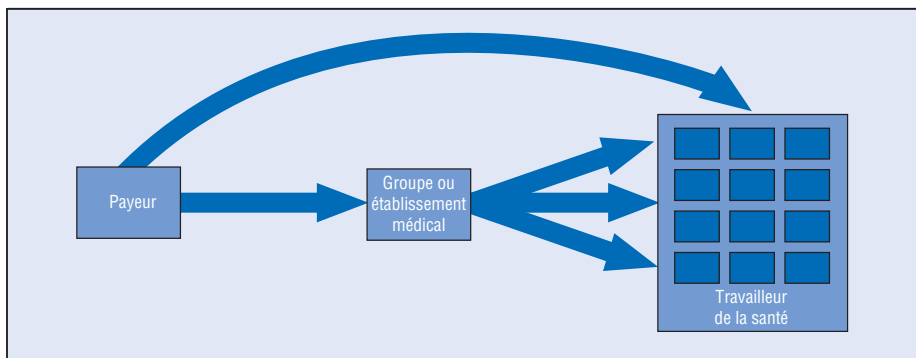
Le deuxième encadré dans le graphique 4.1 est la base de la récompense. Les principales catégories de bases de la récompense sont l'indicateur en nombre absolu, une variation de cet indicateur ou le classement relatif. Premièrement, si l'on considère le niveau absolu de l'indicateur, la récompense peut avoir lieu lorsqu'une cible est atteinte, par exemple atteindre un taux de vaccination de 80 %, ou avoir pour base un continuum (par exemple, dans le QOF, à partir d'un seuil minimum). Un taux cible peut ne pas être la meilleure option, parce que ceux qui sont proches de la cible au départ ou qui l'ont déjà dépassée sont récompensés alors que l'amélioration est faible ou nulle. Quant à ceux qui sont très au-dessous de la cible au départ, il leur faudra probablement une forte incitation pour qu'ils s'efforcent de l'atteindre. Deuxièmement, la récompense peut avoir pour base une variation au cours du temps de l'indicateur mesuré, telle que l'évolution du taux de dépistage du cancer du sein dans le temps pour le fournisseur de soins considéré. Dans ce cas, c'est l'ampleur de l'amélioration qui est récompensée. Troisièmement, il existe des exemples où la récompense a pour base des performances relatives ou un classement. Un cabinet médical est récompensé, par exemple, s'il se classe dans le dixième supérieur. Cette base de paiement présente un certain intérêt parce qu'elle neutralise les aléas qui touchent l'ensemble des fournisseurs de soins. Quelles que soient les conditions de la récompense, il importe de tenir compte des différences des profils de cas afin que les fournisseurs de soins soient moins tentés d'éviter les patients à hauts besoins et afin de mieux neutraliser les résultats qui échappent à l'action du fournisseur de soins, réduisant ainsi la prime de risque requise.

Le troisième encadré dans le graphique 4.1 est la récompense, qui peut être pécuniaire ou non pécuniaire, ou une combinaison des deux. Les récompenses sont souvent une prime ou paiement forfaitaire ou elles peuvent consister en une augmentation du taux de rémunération. Une récompense non pécuniaire peut consister à publier un classement des fournisseurs de soins relativement à différentes mesures. Les classements publics ne sont pas directement une récompense pécuniaire mais ils peuvent le devenir si les patients ou les assureurs les utilisent pour choisir les fournisseurs de soins qu'ils vont consulter ou avec lesquels ils vont passer contrat.

Le graphique 4.2 montre les deux principaux modèles en ce qui concerne la distribution des paiements. Dans le premier, le payeur paie directement le groupe ou établissement médical (par exemple, un hôpital) et ces entités décident de la répartition du paiement aux différents professionnels de santé. Le second modèle consiste à payer les professionnels individuellement. La plupart des programmes de PàP versent les récompenses au groupe ou à l'établissement médical parce que ceux-ci sont le plus en mesure de répartir au mieux le paiement parmi les professionnels de santé, du fait qu'ils possèdent plus d'informations que le payeur. Dans certains cas, quand un groupe ou établissement médical est payé par de multiples payeurs (payeur public, assureur privé, patients), les incitations peuvent être discordantes parce que les récompenses ont pour base des mesures différentes.

Dans l'un ou l'autre modèle de paiement, la récompense directe à chaque professionnel de santé est assez difficile à structurer, à cause des différences des profils de cas, du niveau élevé des coûts de suivi et du manque de fiabilité quand la personne considérée traite un petit nombre de patients pour une mesure donnée. Par exemple, un fournisseur de soins particulier peut avoir une proportion supérieure à la moyenne de patients souffrant d'affections complexes ou qui ont besoin d'un traitement intensif. Les corrections sont souvent difficiles à faire en raison du manque de données et du coût de la collecte des données. Quand on ne peut pas suivre ou mesurer les efforts de chaque professionnel individuellement, certains peuvent avoir tendance à réduire ces efforts parce que leur récompense individuelle dépend en grande partie du travail des autres – le problème de l'esquive du travail. C'est particulièrement le cas quand la récompense est répartie de manière égale entre les travailleurs.

**Graphique 4.2. Modèles de distribution des paiements en PàP et mise en œuvre**



Source : D'après Scheffler (2008).

Une autre préoccupation concernant les dispositifs de PàP est l'équité. Souvent, les meilleurs cabinets, avec les meilleurs médecins, sont situés dans des zones relativement riches habitées par des populations relativement aisées et éduquées. Ce sont des catégories de personnes qui vaccinent leurs enfants, ne fument pas, n'ont pas de surcharge pondérale et suivent les prescriptions du médecin. Dans les zones pauvres, les patients sont moins éduqués et souvent ne vont pas au cabinet médical bien qu'ils aient de plus grands besoins en matière de santé. Une des préoccupations concernant le paiement à la performance est qu'il peut récompenser des cabinets qui vont déjà bien et accroître les inégalités dans le système de santé. Il importe de porter attention à l'équité dans tout dispositif de PàP et de veiller, dans sa conception, à éviter les conséquences perverses à cet égard tout en promouvant l'efficacité.



## 8. Programmes de PàP dans les pays de l'OCDE

Les programmes de PàP sont courants dans de nombreux pays de l'OCDE et le tableau 4.2 montre leurs particularités, d'après l'Enquête de l'OCDE de 2008-09 sur les caractéristiques des systèmes de santé. L'existence de programmes de paiement à la performance est signalée dans 19 pays de l'OCDE, avec des mesures visant les catégories suivantes : médecins de soins primaires (15), spécialistes (10) et hôpitaux (7). Pour les médecins de soins primaires et les spécialistes, la plupart des primes sont attribuées sur la base d'objectifs de qualité des soins concernant par exemple les soins préventifs et la gestion des maladies chroniques. Pour les hôpitaux, la plupart des primes concernent les processus, mais certaines concernent aussi les résultats et la satisfaction des patients.

Comme on pouvait s'y attendre, il existe d'importantes différences entre les pays. Des pays comme la Belgique, le Japon, la Turquie, le Royaume-Uni et les États-Unis indiquent l'existence du PàP dans chacun des trois secteurs (soins primaires, spécialistes et hôpitaux). À l'opposé, l'Autriche, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Islande, la Norvège et la Suisse ne signalent aucun programme de PàP, ce qui peut être dû à des omissions dans les réponses.

**Tableau 4.2. Programmes de PàP et éléments mesurés dans les pays de l'OCDE**

	Si oui, les objectifs à atteindre concernent :		Primes pour les spécialistes	Si oui, les objectifs à atteindre concernent :		Primes pour les hôpitaux	Si oui, les objectifs à atteindre concernent :			Incitations pécuniaires à la conformité aux recommandations
	Soins préventifs	Maladies chroniques		Soins préventifs	Maladies chroniques		Résultats cliniques	Processus	Satisfaction des patients	
Allemagne										
Australie	X	X								X
Autriche										
Belgique	X		X		X	X				
Canada										
Corée						X	X	X		X
Danemark										X
Espagne	X	X	X							
États-Unis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Finlande										
France	X	X								X
Grèce										
Hongrie	X									
Irlande										
Islande										
Italie	X	X								
Japon	X	X	X	X	X	X	X			
Luxembourg						X				
Mexique										
Norvège										
Nouvelle-Zélande	X	X								
Pays-Bas										
Pologne	X	X	X	X	X					
Portugal	X	X								
Rép. slovaque			X			X	X	X	X	
Rép. tchèque	X	X	X							
Royaume-Uni	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Suède	n.d.		n.d.			n.d.				
Suisse										
Turquie	X	X	X	X	X	X	X			

PàP : paiement à la performance.

n.d. : information non disponible.

Source : Paris *et al.* (2010) ; mis à jour par des informations de juillet 2010, et estimations des auteurs pour les États-Unis.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331942>

La proportion des médecins ou des hôpitaux qui participent aux programmes de PàP n'est indiquée que pour quelques pays. Pour chaque secteur, la proportion est la suivante : soins primaires : 90 % en Belgique, 80 % en Pologne, 99 % au Royaume-Uni ; soins de spécialistes : 5 % en Pologne, 68 % au Royaume-Uni ; hôpitaux : 9 % au Luxembourg. La part des primes de PàP dans les revenus des médecins et des hôpitaux n'est indiquée que pour quelques pays, et elle est généralement inférieure ou égale à 5 %, à l'exception du Royaume-Uni. Pour chaque secteur, la part des primes est la suivante : soins primaires : 2 % en Belgique, 5 % en Pologne, 15 % au Royaume-Uni ; soins de spécialistes : 5 % en Pologne ; hôpitaux : 0.5 % en Belgique, 1.4 % au Luxembourg. C'est un commencement, mais il est clair que des données supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les caractéristiques de ces programmes de PàP.

### ***États-Unis : Le programme de paiement à la performance de la Californie***

Parmi les plus importants programmes de PàP figure le California Pay for Performance Programme, qui a débuté en 2003 (Robinson *et al.*, 2009 ; Rebhun et Williams, 2009). En 2009, il couvrait huit plans d'assurance maladie commerciaux de HMO (organisations possédant un réseau de soins), servant 11.5 millions de personnes inscrites, et environ 230 groupes de médecins réunissant 35 000 médecins. De 2003 à 2007, ces plans ont payé 264 millions USD de primes, représentant seulement 2 % des revenus des groupes de médecins. L'objectif était d'atteindre une proportion de 10 %, mais les plans n'ont pas souhaité accroître ce pourcentage avant d'obtenir des preuves plus solides de l'amélioration de la qualité. Ce programme a débuté avec 13 mesures dans trois domaines et il s'est étendu à 68 mesures dans cinq domaines, à savoir (avec les pondérations associées) : qualité clinique (40 %), vécu des patients (20 %), systèmes informatisés (20 %), soins coordonnés du diabète (20 %) et utilisation des ressources et efficacité (avec un ensemble d'incitations séparé).

Les performances cliniques se sont améliorées en moyenne de 3 points de pourcentage par an, avec la plus forte amélioration pour les groupes qui partaient du niveau le plus bas, en particulier pour les tests de HbA1c appliqués aux diabétiques – qui constituent une bonne mesure de la gestion du diabète. La plus forte variation concerne les groupes qui ont entrepris des activités d'informatisation particulières, avec une augmentation moyenne de 7 points de pourcentage par an. Les incitations non pécuniaires comprennent la publication des classements, par exemple pour les groupes qui se classent dans les deux dixièmes supérieurs et ceux qui se sont le plus fortement améliorés. Cela équivaut à des incitations pécuniaires indirectes, parce que les groupes de médecins utilisent cette reconnaissance publique dans leurs documents de publicité et de marketing. En résumé, les groupes de fournisseurs de soins restent enclins à participer, mais les plans d'assurance maladie sont moins motivés du fait que les améliorations de la qualité ne sont pas de grande ampleur, probablement en partie parce que les primes de PàP ne constituent que 2 % des revenus, ce qui n'est peut-être pas suffisant pour encourager les fournisseurs de soins.

### ***États-Unis : Medicare***

Les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) participent à de nombreux projets de démonstration de PàP. Toutefois, par comparaison avec leur budget d'environ 420 milliards USD consacré à Medicare pour l'exercice 2009, les paiements du programme de PàP, d'environ 40 millions USD, représentent un très faible montant (Tanenbaum, 2009). On considère ici deux de ces programmes.

Afin d'augmenter la collecte et la communication de mesures de la qualité, la Physicians Quality Reporting Initiative de Medicare, qui a débuté en 2007, paie aux médecins un supplément de 2 % de leurs honoraires autorisés pour qu'ils communiquent aux CMS des mesures de la qualité (CMS, 2009). En 2007, le taux de participation des médecins était de 16 % (Porter, 2008).

La Physician Group Practice Demonstration, qui a débuté en 2005, portait sur dix groupes de médecins avec également des échantillons témoins (Trisolini *et al.*, 2008). Cette démonstration comprenait des mesures de la qualité ainsi que de l'efficacité. Les 32 mesures de la qualité étaient tirées du projet Doctor's Office Quality (DOQ) des CMS, pour cinq modules d'affections : maladies coronariennes, diabète, insuffisance cardiaque, hypertension et soins préventifs. Une des mesures pour le diabète, par exemple, est le pourcentage de diabétiques qui bénéficient d'un test de HbA1c (glycémie) au moins une fois par an. Pour chaque mesure de la qualité, le groupe de médecins doit atteindre au moins une des trois cibles suivantes : 1) la valeur la plus élevée entre, d'une part, une conformité de 75 % et, d'autre part, quand on possède des données comparables, la moyenne de la mesure tirée du Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) de Medicare ; 2) le niveau du 70<sup>e</sup> centile du HEDIS (là encore, quand on possède des données comparables) ; ou 3) une réduction, pour l'année 1, d'au moins 10 % de l'écart entre le niveau du groupe de médecins dans l'année de base de la démonstration et une conformité de 100 %. Les deux premières cibles sont des seuils, alors que la troisième est un objectif d'amélioration au cours du temps. Les résultats initiaux paraissent assez prometteurs. Tous les groupes ont atteint les cibles de performance pour au moins sept des dix mesures de la qualité dans le domaine du diabète.

Un groupe de médecins peut aussi recevoir un paiement sur la base de l'efficacité ou des économies de coûts. Pour chaque groupe de médecins, les montants économisés pour Medicare dans le cadre de la Démonstration sont calculés en comparant les dépenses réelles à une cible : les dépenses par tête dans le groupe de médecins considéré durant l'année de base extrapolées au moyen du taux de croissance des dépenses de la population témoin. Des corrections en fonction des profils de cas sont effectuées pour tenir compte des différences dans les types de patients traités entre le groupe de médecins et la population témoin. Le groupe de médecins a droit à recevoir 80 % du montant des économies réalisées au-dessus d'un seuil de 2 % d'économies. Deux des dix groupes de médecins avaient un taux de croissance des dépenses Medicare inférieur d'au moins 2 % à celui de la population témoin.

### ***Royaume-Uni : Quality and Outcomes Framework (QOF)***

Le QOF est le plus grand dispositif de PàP dans le monde. Lancé en 2004, c'est un programme de paiements incitatifs à adhésion volontaire à l'intention des généralistes ; leur participation à ce programme est presque universelle, couvrant 99.8 % des patients enregistrés en Angleterre. Le QOF a pour objectif de rémunérer les cabinets de généralistes pour la qualité de leurs soins aux patients et pas seulement en fonction du nombre de patients qu'ils ont sur leur liste.

Le QOF comprend quatre principaux domaines : clinique, organisationnel, vécu des patients et services additionnels. Chaque domaine contient des indicateurs qui définissent le processus ou le résultat particulier que les cabinets médicaux qui participent au QOF doivent réaliser pour leurs patients. Par exemple, un des indicateurs cliniques dans la catégorie des maladies coronariennes est le suivant : *pourcentage des patients souffrant d'une maladie coronarienne qui sont actuellement traités par bêtabloquant (sauf*

*enregistrement d'une contre-indication ou d'effets secondaires*). Les indicateurs cliniques ont pour base les meilleures preuves scientifiques de l'efficacité des actions de soins primaires considérées. Il y a actuellement 146 indicateurs permettant d'accumuler jusqu'à 1 000 points, couvrant la qualité clinique, la qualité organisationnelle et le vécu des patients.

Ces points sont convertis en incitations pécuniaires au moyen d'un facteur de conversion. En 2004, le maximum était de 1 050 points valant chacun 76 GBP (133 USD). Actuellement, le maximum est de 1 000 points valant chacun 126.77 GBP. Pour illustrer le fonctionnement du QOF, considérons l'exemple de l'indicateur de la qualité pour l'asthme, qui a pour base le pourcentage des patients souffrant d'asthme qui ont bénéficié d'un bilan asthmatique au cours des 15 derniers mois. Aucun point n'est attribué avant que ce taux de bilan n'atteigne 25 % et le nombre de points maximum (20) est attribué quand le taux atteint 70 %. Pour les taux compris entre 25 % et 70 %, le nombre de points attribués augmente de manière linéaire. En 2004-05, le généraliste médian se voyait attribuer 1 003 points sur un maximum de 1 050 points, soit 95.5 %.

Le nombre de points acquis par les cabinets de généralistes s'est avéré beaucoup plus grand que prévu. Quand le QOF a été négocié, on supposait que la moyenne serait d'environ 75 % mais elle a dépassé finalement 90 %. Le QOF a augmenté de 23 000 GBP (40 200 USD) le revenu brut moyen des généralistes ; avant le QOF, les généralistes gagnaient typiquement entre 70 000 et 75 000 GBP (122 000-131 000 USD) (Doran *et al.*, 2006). En raison de l'ampleur des paiements, les seuils minimums pour 2006-07 ont tous été relevés, ainsi que certains seuils maximums.

Il est difficile de déterminer si la qualité des soins de santé s'est améliorée en conséquence du QOF, du fait de l'absence de groupes témoins. En fait, la participation ayant été presque totale, il n'y avait pas d'expérience naturelle possible. Cependant, Campbell *et al.* (2009) ont analysé des données avant et après le lancement du QOF ; il en ressort que l'amélioration de la qualité des soins s'est accélérée initialement pour l'asthme et le diabète, mais non pour les maladies cardiaques et qu'en 2007, elle avait ralenti pour toutes ces affections. Il existe aussi quelques preuves selon lesquelles le programme aurait amélioré l'équité des résultats. Cependant, il importe aussi de noter que, d'après ces auteurs, la qualité des aspects des soins qui n'étaient pas associés à une incitation a diminué dans le cas de l'asthme ou des maladies cardiaques.

Une des critiques adressées au QOF concernait le processus employé pour déterminer les maladies et les actions qu'il convenait d'y inclure. On pensait que ce devait être une tâche technique, et non politique, et la responsabilité en fut transférée au National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), qui commença à superviser un nouveau processus indépendant et transparent pour établir et réviser les indicateurs de santé et d'amélioration clinique du QOF à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009. La priorité relative de l'inclusion de ces éléments dans le QOF doit désormais être examinée par un comité consultatif indépendant (Primary Care Quality and Outcomes Framework Indicator Advisory Committee). Chaque indicateur recommandé s'accompagnera d'un ensemble d'informations auxiliaires concernant, par exemple, le moment auquel les indicateurs nouveaux ou révisés devront être réexaminés et les preuves d'efficacité éclairant leur intérêt financier.

### *Nouvelle-Zélande : Performance Management Programme*

La Nouvelle-Zélande a lancé son programme Performance Management Programme (PMP) en 2006 dans le cadre de ses Primary Health Organizations (PHO), organisations sans but lucratif fournissant des services de soins de santé primaires (Buetow, 2008). En janvier 2007, 81 PHO, représentant plus de 98 % de la population de Nouvelle-Zélande, ont adhéré au programme PMP. Le financement de mise en place versé par le PMP était de 20 000 NZD par PHO plus 60 cents par personne inscrite. Un versement minimum de 1.00 à 1.50 NZD par personne inscrite était garanti pour les PHO adhérant au programme PMP avant décembre 2007. Un paiement maximum de 6 NZD par personne inscrite pouvait être obtenu si toutes les cibles étaient atteintes, relativement à des indicateurs cliniques (60 %), des indicateurs de processus (10 %) et des indicateurs financiers (30 %). Les indicateurs cliniques comprennent, par exemple, les vaccinations des enfants et des personnes âgées, les frottis cervicaux et le dépistage du cancer du sein. Les indicateurs de processus concernent, par exemple, la garantie de l'accès pour les personnes à hauts besoins. Enfin, les indicateurs financiers comprennent, par exemple, les dépenses en médicaments et examens de laboratoire. Les paiements sont versés aux PHO, qui décident alors de leur distribution aux professionnels de santé. D'après une enquête auprès de 29 PHO, ceux-ci font état d'une amélioration de la coordination des soins cliniques et de la gestion des données grâce au PMP.

### *Australie*

Le gouvernement australien apporte des incitations pécuniaires aussi bien aux vaccinateurs qu'aux parents afin d'encourager la vaccination des enfants. Le dispositif GPII (General Practice Immunisation Incentive), mis en place en 1997, verse des primes aux généralistes pour leurs services de vaccination des enfants. Ce dispositif de paiement à la performance pour la vaccination fait partie d'un programme d'incitations plus large, le Practice Incentives Program (PIP) de Medicare, qui utilise des incitations pécuniaires pour atteindre des buts plus généraux du système de santé. Pour qu'un cabinet de médecine générale soit admissible à recevoir des paiements incitatifs, il doit être agréé, ou en voie de l'être, conformément aux Standards for General Practice du Royal Australian College of General Practitioners. Le programme comprend actuellement 13 composantes générales : visites en dehors des heures normales ; soins pour les maladies chroniques comme l'asthme ou le diabète ; santé des populations indigènes ; violence domestique ; santé en ligne, etc.

L'objectif fixé au GPII était d'amener au moins 90 % des cabinets de médecine générale à vacciner complètement au moins 90 % des enfants de moins de 7 ans. En plus des incitations destinées aux généralistes, il y a aussi des incitations complémentaires pour les parents : la Maternity Immunisation Allowance, prestation versée aux parents pour que la couverture vaccinale de leur enfant soit à jour en fonction de son âge et une allocation pour enfant à charge (Child Care Benefit) pour laquelle les familles doivent apporter la même preuve. Cette approche permet de rappeler aux parents l'importance de vacciner leurs enfants à chacun des stades fixés. Depuis la mise en place de ce programme (le PIP), le taux de vaccination moyen réalisé par les cabinets de médecine générale est passé d'environ 76 % à environ 92 %. Le Communicable Diseases Intelligence Journal (CDI) continue de publier régulièrement les données du registre national de vaccination des enfants (Australian Childhood Immunisation Register) sur les taux de vaccination.

### *Brésil*

Au Brésil, il existe différents dispositifs PàP visant aussi bien l'offre que la demande. Le Brésil, comme beaucoup d'autres pays d'Amérique latine, a précocement introduit le PàP du côté de la demande avec : Bolsa Escola (transferts en espèces pour la scolarisation), Cartao Alimentacao (transferts en espèces pour l'alimentation), Auxilio Gas (aide compensatoire pour le gaz de cuisine) et l'extension des transferts en espèces conditionnels pour les pauvres (Bolsa Familia) où certains résultats de santé figurent parmi les critères du transfert en espèces. Du côté de l'offre, une compagnie d'assurance privée, UNIMED-Belo Horizonte, met actuellement en place le dispositif le plus important et son succès a conduit à un nouveau dispositif pour les fournisseurs publics de soins primaires. Le dispositif d'UNIMED est en cours de mise en œuvre à Belo Horizonte, troisième ville du Brésil, avec un réseau de 258 fournisseurs de soins servant 800 000 personnes<sup>2</sup>. L'objectif est d'améliorer le traitement et les résultats pour les patients souffrant de maladies cardio-vasculaires, les diabétiques et les enfants asthmatiques, ainsi que la prévention pédiatrique. Ces affections sont gérées dans le cadre de recommandations cliniques fondées sur les preuves scientifiques. Les résultats préliminaires indiquent une amélioration de l'état de santé chez les patients inscrits dans le dispositif de PàP souffrant de maladies cardio-vasculaires ou de diabète, avec un meilleur contrôle de la pression artérielle, une baisse du taux de cholestérol et une meilleure gestion de la glycémie. Le nombre d'hospitalisations d'enfants asthmatiques a également baissé.

Le dispositif de l'UBH offre un exemple d'apprentissage d'un pays à un autre. En 2007, le directeur d'UNIMED, a pris contact et commencé à travailler avec Kaiser Permanente en Californie, qui est à la pointe du développement de nouvelles méthodes pour mesurer et rémunérer la qualité. Ensemble, ils ont collaboré avec l'Integrated Health Care Association qui héberge de grandes conférences sur le PàP afin de diffuser l'expérience féconde acquise dans ce domaine en Californie, décrite ci-dessus. UNIMED a adapté le dispositif californien au contexte du Brésil, où il s'avère couronné de succès.

Même si le succès est visible, ces dispositifs, aussi bien en Californie qu'au Brésil, n'ont pas fait l'objet d'évaluations approfondies. Dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas de groupe témoin et on part de l'idée que l'on peut comparer l'avant et l'après pour saisir les effets du PàP. Les dispositifs actuels sont très prometteurs mais ils gagneraient à bénéficier d'une véritable évaluation qui permettrait d'isoler les effets du PàP des autres facteurs. En outre, beaucoup de ces dispositifs ne mesurent pas convenablement les coûts de mise en œuvre, si bien qu'on peut s'interroger sur l'effieience du PàP, c'est-à-dire s'il améliore suffisamment la qualité à l'égard des coûts additionnels.

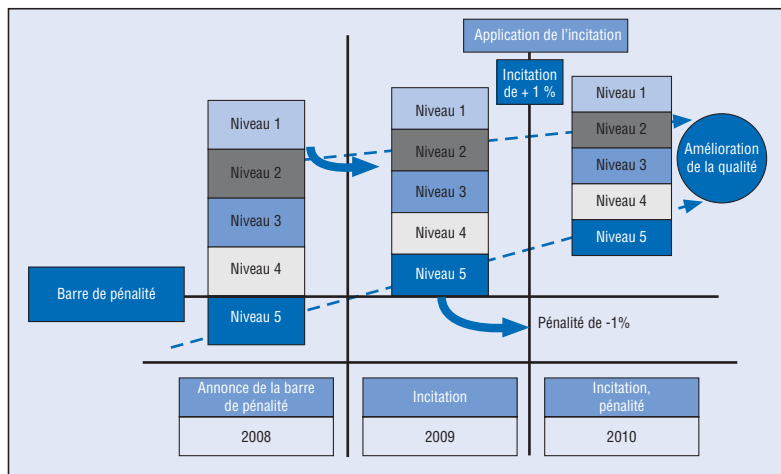
### *Corée*

La Corée a une longue tradition de paiement à la performance dans un certain nombre de secteurs. D'après une enquête récente, 45.2 % des entreprises coréennes de plus de 100 salariés ont mis en place des modes de rémunération en fonction des performances individuelles (Park et Yu, 2002). Toutefois, le paiement à la performance dans les soins de santé est relativement récent et il constitue une réponse aux préoccupations croissantes sur l'effieience des dépenses de santé, qui ont augmenté. La Corée consacre encore relativement peu de dépenses à la santé (6.5 % du PIB en 2008) par comparaison avec les autres pays de l'OCDE, mais le taux de croissance moyen annuel des dépenses de santé par habitant en termes réels entre 1995 et 2008 a été le plus élevé de l'OCDE, atteignant 8 % en moyenne par an.

La Corée a connu d'importantes réformes de la santé depuis 2000 avec l'intégration de nombreuses caisses d'assurance maladie en un système à payeur unique. La Health Insurance Review Agency (HIRA), créée en 2000, est un organisme public indépendant chargé de réviser le barème des honoraires médicaux et de juger si les services de soins de santé sont délivrés de manière suffisante et à un coût adéquat. Cet organisme a établi un programme national d'évaluation de la qualité qui a entraîné une amélioration considérable de la qualité des soins, réduisant également les inégalités de qualité. L'association d'incitations pécuniaires à la qualité des soins est la mesure la plus récente de la Corée en vue d'améliorer la qualité.

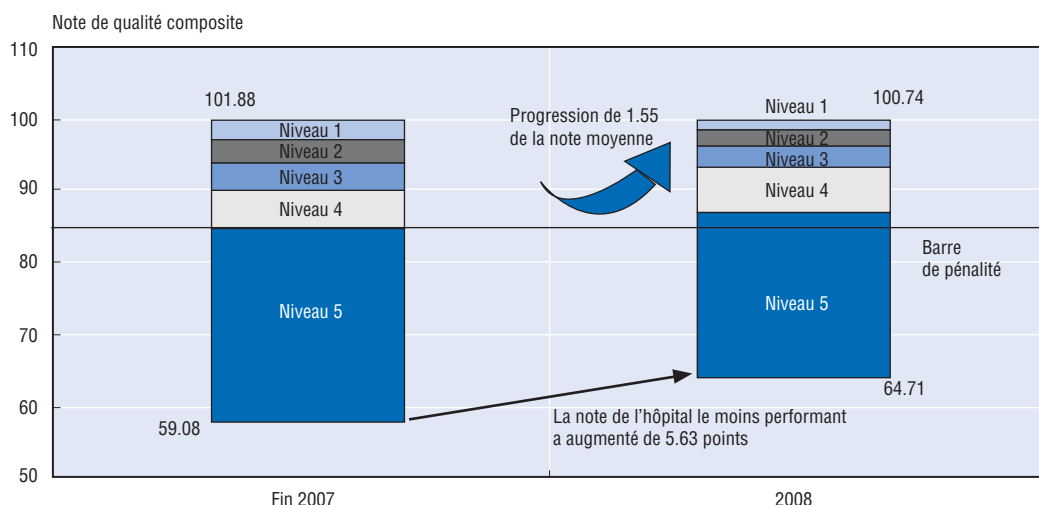
En 2007, le ministère de la Santé et de la Protection sociale et la HIRA ont lancé le Value Incentive Programme, dispositif de paiement à la performance couvrant 43 hôpitaux tertiaires qui délivrent des services de soins secondaires. Ce dispositif porte sur deux domaines importants : la qualité du traitement de l'infarctus aigu du myocarde et les accouchements par césarienne, dont le taux est très élevé. La HIRA a élaboré des mesures synthétiques de la qualité. Pour l'infarctus du myocarde, il y a sept indicateurs : indicateurs de processus (précocité de la thérapie de reperfusion, administration d'aspirine) et indicateurs de résultat (taux de mortalité). Concernant le taux d'accouchement par césarienne, il y a 16 facteurs de risque cliniques à respecter. Des primes ont été versées à ces fournisseurs de soins en fonction de l'amélioration de la qualité à partir d'une enquête de référence de 2007 sur ces indicateurs, où les hôpitaux ont été classés en cinq niveaux (voir le graphique 4.3). En 2009, ceux qui ont enregistré les meilleures performances ou qui ont amélioré leurs performances ont reçu des primes équivalant à 1 % des paiements de la National Health Insurance Corporation (375 millions USD) tandis que ceux qui enregistraient des performances inférieures à la barre de référence de 2007 étaient pénalisés d'un même montant de 1 % des paiements.

**Graphique 4.3. Mécanismes du Value Incentive Programme en Corée**



Source : Kim (2010).

Les résultats du Value Incentive Programme ont montré une augmentation moyenne de 1.55 % de la mesure composite relative à l'infarctus du myocarde entre 2007 et 2008, tandis que le taux d'accouchement par césarienne baissait de 0.56 %. On a aussi observé une diminution des inégalités de qualité entre les fournisseurs de soins et une nette amélioration du groupe le moins performant (voir le graphique 4.4).

**Graphique 4.4. Mesure composite de la qualité pour l'infarctus aigu du myocarde**

Source : Kim (2010).

Les progrès réalisés sont substantiels, mais d'autres étapes restent à franchir, comme inclure de nouveaux hôpitaux dans le dispositif (notamment les hôpitaux généraux), élargir les domaines cliniques couverts et porter à 2 % le taux d'incitation.

#### Encadré 4.1. Remédier à l'insuffisance de l'évaluation du PàP : le cas surprenant du Rwanda

Le Rwanda a peut-être le dispositif de paiement à la performance le mieux évalué du monde. Le Rwanda a commencé à expérimenter les dispositifs de PàP en 2002 pour remédier au contexte de mauvaises performances des fournisseurs de soins du secteur public qui étaient salariés et avaient peu de motivation à accroître leur production. Les fournisseurs de soins étaient payés en fonction des ressources employées plutôt que de leur production et les interventions de santé publique essentielles comme la vaccination, les soins anténatals et les accouchements dans les centres de santé avaient une faible couverture. Un certain nombre de projets pilotes ont été établis avec le soutien de différents donateurs (néerlandais, belges, Cordaid), utilisant un barème à l'acte pour rémunérer additionnellement ces interventions essentielles et également en passant des contrats avec des fournisseurs de soins privés. À partir de 2005, ces projets pilotes ont été convertis en un dispositif national avec le soutien de la Banque mondiale.

Le dispositif national comprend un ensemble de services prioritaires et un poids unitaire est attribué à chaque service de manière similaire à un barème à l'acte classique comme en Allemagne ou dans le système Medicare aux États-Unis. Il comprend aussi une mesure synthétique de la qualité des soins dans le centre de santé évaluée par des indicateurs de structure et de processus. Cela couvre des éléments comme la propreté des locaux et aussi la disponibilité de services comme la planification familiale et des mesures de processus comme la surveillance de la croissance des enfants. Le dispositif d'évaluation posait un certain nombre de problèmes, en premier lieu la question des ressources additionnelles et de la difficulté d'isoler l'effet produit par les incitations. Dans de nombreux dispositifs, il existe des ressources de financement additionnelles, si bien qu'on ne distingue pas clairement si l'amélioration est due à l'augmentation des ressources ou aux incitations. Dans le cas du Rwanda, on a profité du déploiement du dispositif national pour évaluer les participants qui appliquaient les premiers le dispositif de PàP par comparaison avec les groupes témoins qui ne l'avaient pas encore fait. Ceux qui appliquaient le dispositif les premiers étaient choisis par assignation randomisée.

Plusieurs autres réformes avaient lieu au même moment au Rwanda, notamment l'expansion rapide de l'assurance de type communautaire avec un système de mutuelles qui est passé de 5 % de la population en 2002 à 85 % en 2008. Du fait de la couverture par l'assurance, la demande a augmenté dans l'utilisation des centres de



santé parce que les patients n'avaient plus à payer les soins directement, ce qui a stimulé la demande de services de santé. En outre, le gouvernement a introduit des contrats de performance dans le cadre de son programme de décentralisation. Appelé « Imihigo », ce programme instituait des subventions globales versées par le gouvernement central aux districts, sous condition que les maires de district signent un contrat avec le Président de la République pour l'amélioration de services publics importants comme la santé. La décentralisation du financement a été spectaculaire, avec une part des districts dans le financement de la santé qui est passée de 37 % en 2003 à 85 % en 2007. Les dépenses de santé ont quadruplé de 2005 à 2008, passant de 7.5 millions USD à 30.3 millions USD.

Étant donné le changement rapide du contexte au Rwanda, il était difficile de démêler les effets du PàP des autres effets tels que l'augmentation des dépenses de santé, l'expansion des mutuelles et la décentralisation. C'est pourquoi l'évaluation des impacts comprenait des districts témoins sans PàP, mais soumis à tous les autres changements. Le PàP a augmenté le nombre d'accouchements dans les centres de santé, ainsi que les actions de prévention chez les enfants telles que la vaccination. Il a aussi entraîné une baisse de la mortalité infantile et une augmentation de la taille des enfants. L'ampleur du changement observé en présence de PàP est plus grande pour la plupart des interventions, ce qui montre que celui-ci est efficace. Eu égard à ce succès, beaucoup de pays à bas revenu s'inspirent de l'expérience du Rwanda et élaborent des variantes du dispositif dont ce pays a été le pionnier.

## 9. Conclusions

De nombreux programmes de PàP ont été mis en place dans les pays de l'OCDE, mais les plans d'étude destinés à les évaluer sont souvent insuffisants pour fournir une réponse concernant l'effet de ces programmes sur la qualité et les coûts (Rosenthal et Frank, 2006).

Il existe néanmoins un exemple de programme de PàP convenablement évalué, bien qu'il ait une source surprenante : le programme de PàP du Rwanda (voir l'encadré 4.1). L'enseignement à tirer de ce programme n'est pas le type d'incitations utilisé, mais l'approche adéquate de l'évaluation qui permet d'isoler l'effet du PàP de celui des autres réformes. En fait, avec la reproduction de l'expérience du Rwanda dans d'autres pays, il est probable qu'on aura bientôt de bien meilleures preuves dans les pays en développement que dans les pays de l'OCDE sur « ce qui marche » dans le PàP.

Toutefois, même avec une évaluation limitée dans les pays de l'OCDE, les résultats initiaux des programmes de PàP paraissent prometteurs et ils encouragent les payeurs et les fournisseurs de soins à mesurer la qualité des soins de santé (Rebhun et Williams, 2009). Il semble qu'il y ait de plus en plus de preuves que l'emploi d'incitations est efficace pour les interventions de santé publique prioritaires telles que le dépistage du cancer et que le PàP permet d'amener les médecins à suivre les recommandations fondées sur les preuves scientifiques pour les affections chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Cependant, il subsiste des problèmes ardues de mesure et de conception. Les mesures de la qualité des soins continueront de s'améliorer, mais ce domaine restera complexe étant donné que la qualité est multidimensionnelle, qu'elle comprend l'efficacité clinique mais aussi le vécu des patients et que les résultats sont difficiles à mesurer en particulier au niveau individuel et souvent ne se manifestent qu'après un long délai. Eu égard à ces contraintes, le paiement pour la qualité continuera d'exiger une amélioration des méthodes employées pour mesurer la qualité des soins. En outre, l'impact des dispositifs de PàP est souvent limité parce que, en dehors de quelques exceptions notables comme le QOF au Royaume-Uni, l'ampleur des incitations est faible.

Les dispositifs de PàP ne sont pas la seule façon d'apporter des améliorations à l'efficacité technique et à l'efficacité allocative dans le secteur de la santé. Dans certains domaines, l'action sur la demande de services peut être une autre option que les incitations du côté de l'offre. Les programmes d'incitations visant les patients deviennent

plus courants, issus des programmes de transferts en espèces conditionnels établis dans l'éducation tels que ceux visant à encourager la fréquentation scolaire.

Il y a encore beaucoup à apprendre sur le fonctionnement de ces programmes et les conditions de leur réussite. Quelle est l'ampleur idéale de l'incitation pour changer le comportement des fournisseurs de soins ? Comment faut-il répartir les paiements ? Si les pays de l'OCDE qui mettent en œuvre actuellement des dispositifs de PàP parviennent à organiser des évaluations adéquates, les autres pays pourront alors savoir ce qui fonctionne et tous pourront connaître de réelles améliorations de la qualité et de l'efficacité des soins de santé dans l'avenir.

### *Notes*

1. Le paiement à la performance est un sous-ensemble d'un ensemble plus large d'interventions des pouvoirs publics souvent connu sous le nom de « financement conditionné aux résultats » qui peut aussi comprendre des incitations du côté de la demande comme les programmes de transferts en espèces conditionnels tels qu'Oportunidades au Mexique. En outre, les systèmes de santé décentralisés utilisent de plus en plus des dispositifs d'incitations entre différents niveaux des pouvoirs publics (par exemple, du gouvernement fédéral aux gouvernements des États) comme le Plan Nacer en Argentine. Ces autres méthodes ne sont pas incluses dans le présent chapitre, qui considère les incitations des fournisseurs de soins à l'amélioration de la qualité, mais ces autres dispositifs, qui sont inclus dans la définition générale du « financement axé sur les résultats » représentent aussi des voies prometteuses pour améliorer les performances des systèmes de santé.
2. UNIMED-Belo Horizonte (UBH) est à la fois une compagnie d'assurance maladie et une coopérative médicale opérant sur le marché très concurrentiel de l'assurance maladie privée. UNIMED couvre 800 000 personnes sur une population totale de 5.4 millions d'habitants dans la conurbation. Actuellement, 4 700 médecins font partie de la coopérative et UBH possède et exploite sept établissements. UNIMED a des contrats avec 258 autres établissements.

## Bibliographie

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), « Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators », non daté, consulté le 17 février 2010 à [www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindsum.htm](http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindsum.htm).
- Banque mondiale (2008), *Health Systems and Financing: Results-based Financing (RBF)*, consulté le 17 février 2010 à <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:21840544~menuPK:5364481~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>.
- Buetow, S. (2008), « P4P in New Zealand Primary Health Care », *Journal of Health Organization and Management*, vol. 22, n° 1, p. 36.
- Campbell, S.M., D. Reeves, E. Kontopantelis, B. Sibbald et M. Roland (2009), « Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England », *New England Journal of Medicine*, vol. 361, pp. 368-378.
- Casalino, L.P., G.C. Alexander, L. Jin et L.T. Konetzka (2007), « General Internists' Views on Pay-for-Performance and Public Reporting of Quality Scores: A National Survey », *Health Affairs*, vol. 26, n° 2, pp. 492-499.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (2006), « State Medicaid Director Letter », n° 06-003, 6 avril.
- CMS (2009), « Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) », consulté en janvier 2010 à [www.cms.hhs.gov/pqri/](http://www.cms.hhs.gov/pqri/).
- Deming, W.E. (1986), « Out of the Crisis », MIT Press.
- Donabedian, A. (2005), « Evaluating the Quality of Medical Care », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, pp. 691-729, réimpression de *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, n° 3, pp. 166-203.
- Doran, T., C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh *et al.* (2006), « Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 4, pp. 375-384.
- Eichler, R. et S. De (2008), *Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint*, USAID/Health Systems 20/20 Project, mai 2008, consulté le 17 février 2010 à [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADN760.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN760.pdf).
- Glassman, A., J. Todd et M. Gaarder (2007), *Performance-based Incentives for Health: Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean*, Center for Global Development, Washington, DC.
- Herd, R. *et al.* (2010), « Improving China's Health System », Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Institute of Medicine (2001), « Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century », Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- Juran, J.M. (1951), *Quality Control Handbook*, McGraw-Hill, New York.
- Kelly, T., V. Gray et M. Minges (2003), « Broadband Korea: Internet Case Study », Union internationale des télécommunications.

- Kim, B.Y. (2010), « Quality Assessment and Pay for Performance in Korea », HIRA, Korean Health Insurance Review Agency, mai.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C.
- OCDE (2009), *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Oxman, A.D. et A. Fretheim (2008), *An Overview of Research on the Effects of Results-based Financing*, rapport n° 16-2008, Norwegian Knowledge Centre for the Health Service, Oslo, consulté le 17 février 2010 à [http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/33892/1/NOKCrapport16\\_2008.pdf](http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/33892/1/NOKCrapport16_2008.pdf).
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Document de travail sur la santé n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Park, W. et G. Yu (2002), « HRM in Korea: Transformation and New Patterns », in Z. Rhee et E. Chang (dir. pub.), *Korean Business and Management: The Reality and the Vision*, Hollym Corp., Séoul.
- Paul-Ebhohimhen, V. et A. Avenell (2008), « Systematic Review of the Use of Financial Incentives in Treatments for Obesity and Overweight », *Obesity Reviews*, vol. 9, n° 4, pp. 355-367.
- Porter, S. (2008), « Preliminary Report Offers First Glimpse of Quality Reporting Progress », AAFP, disponible à [www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/practice-management/20080305pqrireport.html](http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/practice-management/20080305pqrireport.html)
- RAND Corporation, RAND COMPARE Glossary, consulté le 17 février 2010 à [www.randcompare.org/glossary/16/letterp](http://www.randcompare.org/glossary/16/letterp).
- Rebhun, D. et T. Williams (2009), *The California Pay For Performance Programme: The Second Chapter Measurement Years 2006-2009*, Integrated Healthcare Association, Oakland, Californie.
- Robinson, J.C., T. Williams et T. Yanagihara (2009), « Measurement of and Reward for Efficiency in California's Pay-for-Performance Programme », *Health Affairs*, vol. 28, n° 5, pp. 1438-1447.
- Rosenthal, M.B. et R.A. Dudley (2007), « Pay for Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care? », *Journal of American Medical Association*, vol. 297, n° 7, pp. 740-744.
- Rosenthal, M.B. et R.G. Frank (2006), « What is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care? », *Med Care Res Rev*, vol. 63, pp. 135-157.
- Scheffler, R.M. (2008), *Is There a Doctor in the House? Market Signals and Tomorrow's Supply of Doctors*, Stanford University Press, Palo Alto, Californie.
- Tanenbaum, S. (2009), « Pay for Performance in Medicare: Evidentiary Irony and the Politics of Value », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 34, n° 5, pp. 717-746.

Trisolini, M. *et al.* (2008), *The Medicare Physician Group Demonstration: Lessons Learned on Improving Quality and Efficiency in Health Care*, Commonwealth Fund, New York, février.

Wagstaff, A. *et al.* (2009), *Reforming China's Rural Health System*, Banque mondiale, Washington, DC.



## Chapitre 5

# Mieux coordonner la prise en charge des maladies chroniques pour optimiser les ressources

*Les systèmes de santé des pays de l'OCDE sont devenus de plus en plus complexes ; or la multiplicité des prestataires, le non-respect des protocoles de soins, la disparité des remboursements et la décentralisation des dossiers médicaux perdurent dans la plupart des cas. Les problèmes que doivent gérer les systèmes de santé ont évolué eux aussi : l'augmentation du nombre de malades chroniques recevant des soins de plusieurs prestataires va de pair avec un cloisonnement de plus en plus marqué. D'où des désagréments pour les patients, conjugués à des soins inefficaces et peu sûrs. Une meilleure coordination est-elle la solution ? Quels sont les instruments à disposition pour mieux coordonner la prise en charge ? Ce chapitre porte sur les obstacles à une bonne coordination des soins et sur la marche à suivre pour y remédier dans les systèmes de santé de la zone OCDE.*

## 1. Introduction

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE sont devenus de plus en plus complexes. L'époque où la sage-femme et le médecin de quartier étaient les seuls membres du corps médical auxquels la plupart des gens avaient affaire est révolue. Les systèmes de santé englobent à présent des dizaines de professions, allant des infirmiers et des techniciens aux chirurgiens spécialisés, auxquels s'ajoute toute une catégorie de personnel d'encadrement comprenant des directeurs, des administrateurs et des comptables, entre autres. Les soins de santé sont prodigués dans de nombreux contextes différents – des visites à domicile aux grands hôpitaux en passant par les cliniques – et payés selon des formules associant des fonds d'assurance publics et privés.

Les problèmes de santé que les systèmes doivent gérer ont évolué eux aussi. Les affections chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, le diabète et les troubles mentaux, représentent maintenant le segment le plus important de la charge de morbidité et un pourcentage élevé des dépenses de santé. L'OMS a estimé que 60 % des décès à travers le monde étaient dus à des affections chroniques (hors VIH/SIDA), le pourcentage étant de 86 % pour la Région européenne (OMS, 2004). Les progrès économiques et médicaux permettant de vivre plus longtemps sont allés de pair avec certaines évolutions des modes de vie qui contribuent à l'augmentation de maladies chroniques telles que le diabète, les cardiopathies et le cancer. En fait, les soins de santé peuvent désormais garder en vie des personnes souffrant de maladies qui leur aurait été fatales dans un passé parfois récent, comme dans le cas du VIH/SIDA.

Étant donné qu'un nombre croissant de malades chroniques reçoit des soins de prestataires multiples, le cloisonnement des systèmes de santé est de plus en plus problématique. D'où des désagréments pour les patients, conjugués à des soins inefficaces et peu sûrs. Les patients souffrant de maladies chroniques font appel à un large éventail d'intervenants cliniques de différentes spécialités, personnels paramédicaux compris. La spécialisation croissante des connaissances, qu'explique en partie la complexité toujours plus grande des sciences médicales, confère aux spécialistes un rôle important dans la gestion des cas compliqués de maladies chroniques. Toutefois, la prise en charge courante des maladies chroniques relève toujours des soins primaires. Ce clivage entraîne un problème de coordination, du fait que les formes d'organisation et de rémunération ne sont pas les mêmes de part et d'autre. Qui plus est, les deux systèmes s'inscrivent souvent dans des structures incitatives (en termes de maîtrise des coûts et de qualité) qui diffèrent, voire s'opposent ; dans bien des cas, ils fonctionnent selon des régimes budgétaires distincts et sont du ressort de différents niveaux d'administration.

Au-delà des soins de santé, il est difficile de coordonner les soins hospitaliers avec les soins de longue durée dispensés aux personnes âgées souffrant de multiples affections chroniques ; s'ajoute le problème de la coordination entre le sanitaire et le social, deux domaines généralement organisés et financés de manières radicalement différentes. Pour apporter aux patients le continuum de soins qu'ils attendent, indépendamment du système, il faudra de plus en plus élargir la portée de la coordination des soins sans se limiter aux aspects sanitaires.

Le rôle des patients dans le processus de soins a également pris beaucoup plus d'importance ces dernières années. Il est de plus en plus souvent admis que les patients sont des acteurs clés dont le rôle n'est pas suffisamment reconnu dans la prise en charge



de leurs propres affections chroniques. Le fait qu'ils prennent leur traitement en main peut avoir un impact significatif sur leur état de santé. Beaucoup d'initiatives de coordination dépendent d'ailleurs du degré d'utilisation par les patients des services et du soutien proposés. Mais la marche à suivre pour impliquer les patients dans leurs propres soins n'est pas aisée à déterminer, notamment parce que la réceptivité des personnes aux informations, aux conseils et aux recommandations cliniques est extrêmement variable.

La multiplicité des prestataires, le non-respect des protocoles de soins, la disparité des remboursements et la décentralisation des dossiers médicaux perdurent dans la plupart des systèmes de santé de la zone OCDE. Tous ces facteurs s'ajoutent à un cloisonnement qui nuit à la coordination et place les malades chroniques devant des difficultés accrues pour se repérer dans le système. Étant donné la taille et la diversité des systèmes de santé, une coordination s'impose. Il est normal que les médecins s'interrogent sur les soins qu'un patient a pu recevoir d'un autre prestataire. Les systèmes d'assurance doivent obtenir des informations auprès du prestataire de soins pour décider de rembourser ou non un acte médical. Or la complexité croissante des systèmes n'engendre pas tout naturellement une coordination efficiente, et personne n'a encore trouvé la panacée pour rendre cohérent le dédale des structures de santé en place, dont chacune a une culture et des méthodes de travail qui lui sont propres. L'enjeu est de prodiguer au moment voulu des soins accessibles, efficaces, sûrs, intégrés et centrés sur le patient.

Face à la gestion problématique de systèmes de santé dominés par les maladies chroniques, les pays de l'OCDE (et les prestataires privés au niveau national) ont cherché à améliorer la coordination selon diverses approches. Pour coordonner les soins de santé de façon efficiente, il faut essentiellement établir un lien entre les différentes pièces du puzzle – médecins (généralistes et spécialistes), autres professionnels de santé tels qu'infirmières, conseillers et prestataires de soins à domicile, dans de multiples cadres comme les hôpitaux, les cabinets de médecine générale, les centres de long séjour et le domicile des patients. Comme nous le verrons dans le présent chapitre, le choix s'est parfois porté, principalement aux États-Unis, sur un modèle complètement intégré de « gestion coordonnée des soins », qui fusionne les soins primaires et les soins hospitaliers spécialisés en un seul organisme, partageant un même système informatique et une même culture, ainsi que des incitations harmonisées. Beaucoup de pays ont commencé à utiliser des programmes d'intégration partielle pour tirer profit d'une meilleure coordination sans modifier radicalement le système de santé dans son ensemble.

La coordination des soins ouvre des perspectives d'optimisation des dépenses dans les systèmes de santé. Premièrement, elle laisse espérer une meilleure qualité des soins, en particulier pour les malades chroniques. S'agissant d'affections comme le diabète, il est indispensable que les patients respectent le traitement médicamenteux et modifient leur alimentation pour mieux lutter contre la pathologie. Il faut aussi qu'ils prennent des mesures préventives telles que les soins des pieds et les examens ophtalmologiques. Des résultats cliniques plus favorables s'ensuivront, notamment une vie plus longue et moins de complications. S'ajoutent les économies liées à un meilleur contrôle de la maladie. En effet, dans ce cas, les diabétiques sont moins susceptibles d'être hospitalisés pour des complications, et celles-ci coûtent toujours très cher. Par exemple, ils risquent moins de souffrir de néphropathie, et d'avoir besoin de dialyses rénales onéreuses. La probabilité de développer une affection vasculaire pouvant entraîner une amputation est réduite. Ces patients qui contrôlent mieux leur maladie sont aussi moins susceptibles de présenter une hypoglycémie, voire de tomber dans un coma diabétique nécessitant une hospitalisation d'urgence coûteuse. L'exemple de systèmes intégrés de prestations comme Kaiser Permanente montre qu'il est possible de parvenir à ces bons résultats avec des

hospitalisations bien moins nombreuses et beaucoup plus courtes que les chiffres affichés aujourd'hui par la plupart des systèmes de santé.

Divers instruments ont été imaginés pour améliorer la coordination des soins. Ils vont de programmes de gestion thérapeutique pour certaines affections, telles que le diabète et les cardiopathies, à des modèles intégrés de coordination des soins qui passent par des évaluations pluridisciplinaires articulant le sanitaire et le social. Y figurent généralement des mesures tendant à rationaliser les divers maillons de la chaîne de prestation des soins de santé : recommandations fondées sur des données probantes, aide à la décision clinique, systèmes d'information améliorés et appui à la prise de décisions et à la responsabilisation des patients.

L'idée que la coordination des soins puisse améliorer la qualité des soins de santé et, éventuellement, faire diminuer les coûts, paraît aller de soi : éviter la répétition des soins, réduire le nombre d'erreurs, aider les patients à faire pleinement et correctement usage des soins qu'ils reçoivent sont autant d'objectifs évidents qui semblent devoir contribuer à la maîtrise des dépenses. Pourtant, jusqu'à présent, il n'est guère prouvé que les programmes de coordination des soins apportent les avantages voulus, notamment en termes de baisse des coûts. Les systèmes pleinement intégrés comme Kaiser Permanente enregistrent moins d'hospitalisations et des séjours moins longs, ces derniers constituant la partie la plus coûteuse des systèmes de santé. Une meilleure efficacité des soins hospitaliers devrait donc se traduire par des économies. Les résultats de modèles partiellement intégrés, principalement sous la forme de programmes de gestion thérapeutique, ont été moins concluants ; ils semblent améliorer la qualité des soins, sans nécessairement faire baisser les coûts. Certains ont donné des résultats intéressants en favorisant une meilleure utilisation des ressources, comme en Allemagne et en Autriche.

Les affections chroniques sont appelées à augmenter et les systèmes de santé vont probablement devenir encore plus complexes. Il importe donc que les pays de l'OCDE étudient plus avant des méthodes prometteuses d'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des soins de santé au moyen d'une meilleure coordination. Le présent chapitre porte sur différents types de coordination et la manière dont ils ont – ou non – apporté les avantages attendus sur le plan de l'utilité et de l'efficacité, ainsi que sur la marche à suivre pour que la gestion intégrée/coordonnée des soins puisse améliorer la prestation des services de santé et utiliser les ressources de façon efficiente. D'où plusieurs questions clés : Quelle est la forme de coordination la plus utile ? Quelles sont les améliorations propices à une plus grande qualité ? Le resserrement de la coordination peut-il accroître l'efficacité des soins de santé ? Quels sont les résultats escomptés du système retenu ? La gestion plus satisfaisante des maladies chroniques va-t-elle dans le sens de l'optimisation des dépenses ? Les éléments recueillis à ce jour le confirment-ils ?

## 2. L'évolution de la charge de morbidité dans les pays de l'OCDE

Au siècle dernier, la santé des populations a connu des améliorations sans précédent dans les pays de l'OCDE. L'espérance de vie s'est allongée, en moyenne, de 25 à 30 années. La plupart des grandes maladies infectieuses ont nettement reculé. S'ajoute à cela la baisse spectaculaire des taux de mortalité infantile, et de mortalité liée à la maternité. La fécondité a elle aussi diminué. Les effets conjugués de la diminution de la mortalité infantile et de la fécondité expliquent ce qu'on appelle souvent la « transition épidémiologique », période marquée par le vieillissement de la population et un allongement de la vie durant laquelle les causes de décès changent.

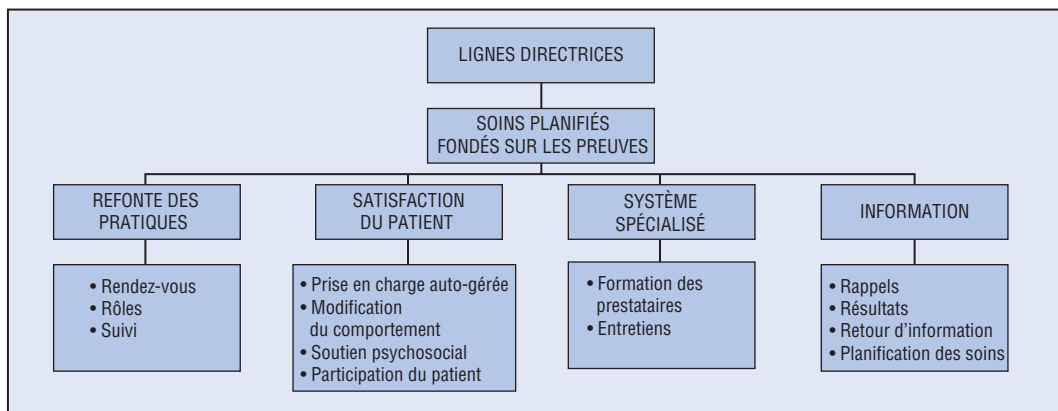
Si la mortalité a baissé dans des proportions extraordinaires, l'incidence des maladies n'a pas pour autant diminué. Compte tenu de la progression générale de la longévité, la morbidité liée aux maladies chroniques est montée en flèche. En vivant plus longtemps, on accumule des affections chroniques non transmissibles qui constituent désormais la principale cause d'invalidité et de décès dans les pays de l'OCDE. Les co-morbidités augmentent également avec l'âge ; or le vieillissement démographique est très rapide dans ces pays. Durant les 60 années écoulées, l'Europe occidentale a vu plus que doubler le nombre d'habitants ayant dépassé 64 ans et quadrupler le nombre des plus de 80 ans. En conséquence, beaucoup de personnes doivent vivre avec plusieurs maladies chroniques. Le pourcentage d'hommes souffrant de deux maladies chroniques ou plus après 60 ans est au minimum de 35 % (OMS/Europe, 2006).

### 3. Adapter les systèmes de santé aux besoins des malades chroniques

#### *Un consensus se dégage sur les éléments constitutifs d'un bon modèle de coordination*

La coordination des soins doit beaucoup au modèle de prise en charge des maladies chroniques élaboré dans les années 90 aux États-Unis par Edward Wagner et ses collègues, à partir de l'un des premiers systèmes de gestion intégrée créé par la Group Health Cooperative (dans l'État de Washington). En faisant ressortir les éléments clés à retenir pour améliorer les services de santé proposés aux patients souffrant de maladies chroniques, ce modèle a suscité une plus vaste réflexion en la matière (graphique 5.1). Il a été largement mis à profit dans les pays de l'OCDE, à la fois pour alimenter des analyses fouillées sur les soins cliniques et pour fournir des orientations pratiques.

**Graphique 5.1. Améliorer les résultats en matière d'affections chroniques**



Source : D'après Wagner *et al.* (1996, 2001).

#### *À l'évidence, presque tous les systèmes de santé peinent encore à mettre en œuvre des programmes de coordination*

Bien que les avantages d'une telle démarche soient généralement reconnus, la plupart des caractéristiques indispensables à une prise en charge bien coordonnée des maladies chroniques font défaut dans la majorité des systèmes de santé. D'après une étude

d'envergure consacrée par le Commonwealth Fund aux malades chroniques dans certains pays de l'OCDE, les systèmes considérés pâtissent dans l'ensemble d'un manque de coordination des soins (voir tableau 5.1). Fondée sur une enquête auprès des ménages, cette étude a été l'une des premières à fournir des informations comparables à l'échelle internationale sur les affections chroniques (Schoen *et al.*, 2008).

**Tableau 5.1. Problèmes de coordination des soins dans les pays de l'OCDE**

Pourcentage d'adultes souffrant d'affections chroniques	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni
Traitement non discuté avant la sortie de l'hôpital <sup>1</sup>	23	39	42	30	44	45	41	35
Résultats d'analyses/dossiers non disponibles lors des rendez-vous	12	16	19	24	15	17	11	15
Analyses demandées en double par les médecins	18	12	11	20	10	10	4	7
Patient alerté par le pharmacien de la dangerosité d'un traitement <sup>2</sup>	15	30	23	20	12	20	38	17
<b>Adultes souffrant d'une affection chronique</b>								
Ont vu plus de quatre médecins au cours des deux dernières années	50	38	32	48	31	34	34	50
Prennent régulièrement plus de quatre traitements	39	33	41	48	38	35	39	50
Les médecins n'ont pas revu régulièrement les traitements médicamenteux en deux ans de coordination des soins <sup>2</sup>	49	41	40	41	68	48	62	48
Diabétiques qui ont bénéficié de services de soins préventifs	40	36	39	43	31	55	59	67
<b>Perception des soins</b>								
Le traitement recommandé par le médecin n'a eu aucun effet	24	22	22	27	35	19	14	15
Temps perdu du fait de la mauvaise organisation des soins	31	26	29	36	20	23	21	18
<b>Temps d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste</b>								
Moins de quatre semaines <sup>3</sup>	68	45	40	74	55	45	69	42
Deux mois ou plus <sup>3</sup>	20	29	42	10	23	33	25	33
<b>Erreur médicale, erreur de traitement, erreur dans les analyses médicales au cours des deux dernières années</b>								
Traitement inadapté ou mauvais dosage	7	13	10	14	8	13	6	9
Erreur de diagnostic/erreur dans les résultats des analyses médicales <sup>4</sup>	5	7	5	7	3	3	1	3
Retards dans les résultats d'analyses anormaux <sup>4</sup>	5	13	12	16	5	10	5	8
<b>Implication du patient dans les soins</b>								
Le médecin propose <i>toujours</i> différentes possibilités de traitement <sup>5</sup>	56	58	56	53	43	62	63	51
Instructions écrites remises pour la prise en charge des soins à domicile <sup>5</sup>	31	42	47	66	34	43	35	35
<b>Disponibilité d'un médecin en cas de maladie ou de soins nécessaires</b>								
Rendez-vous le jour même	43	36	26	26	42	54	60	48
Passage aux urgences au cours des deux dernières années	39	53	64	59	41	45	26	40

1. Pourcentage d'adultes souffrant d'une affection chronique hospitalisés durant les dernières deux années et bénéficiant d'un nouveau traitement.

2. Pourcentage d'adultes souffrant d'une affection chronique et recevant régulièrement des rayons X.

3. Pourcentage d'adultes souffrant d'une affection chronique qui ont eu besoin de consulter un spécialiste au cours des deux dernières années.

4. Parmi ceux ayant subi un examen sanguin, des rayons X ou d'autres examens.

5. Parmi ceux ayant été régulièrement suivi par un médecin ou un centre de soins.

Source : 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331961>

Presque tous les pays sont confrontés à des problèmes systématiques de coordination des soins destinés aux malades chroniques. L'enquête fait état des désagréments éprouvés par les patients – longueur des délais entre les rendez-vous de soins primaires et de soins spécialisés. Elle met également en évidence des taux de gaspillage importants, liés aux erreurs de traitements médicamenteux, à la répétition des analyses, etc.

#### 4. Enquête de l'OCDE sur la coordination des soins

D'après l'enquête menée par l'OCDE (voir encadré 5.1) auprès des autorités nationales de santé, le manque de coordination des soins est un sujet de préoccupation dans presque tous les pays ayant répondu au questionnaire, dont près de 80 % considèrent les malades chroniques et les personnes âgées comme les groupes de population susceptibles d'en subir plus particulièrement le contrecoup.

##### Encadré 5.1. Questionnaire de l'OCDE sur la coordination des soins

Comme il n'existe pratiquement pas de données transnationales homogènes sur la coordination des soins, le Secrétariat a établi un questionnaire pour recueillir des avis et des informations sur les préoccupations, pratiques et problèmes actuels en la matière, dans les pays de l'OCDE et de l'Union européenne. Ce questionnaire – auquel ont répondu 26 pays de l'OCDE et de l'Union européenne – adressé aux experts nationaux portait sur quatre domaines : importance des questions de coordination et groupes de population touchés, pratiques en matière de coordination, obstacles à la coordination des soins et importance des programmes « ciblés » dans le pays considéré. Il était demandé de répondre à certaines affirmations ou questions selon une échelle graduée (échelle de Lickert) pour indiquer *l'intensité* des préoccupations ou la fréquence d'occurrence de tel ou tel problème, dispositif ou événement. En l'espèce, une échelle à trois niveaux a été employée pour répondre au questionnaire (« rarement », « assez fréquemment », « souvent »).

Compte tenu de la diversité des services officiels, administrations et organismes professionnels impliqués dans le suivi et la promotion de la coordination des soins, les pays étaient invités à solliciter le concours d'un large éventail d'acteurs à différents échelons administratifs et professionnels pour répondre au questionnaire. Pour les pays à régime fédéral, le Secrétariat demandait aux autorités fédérales ou centrales de faire appel à des compétences infranationales, le cas échéant, pour répondre au questionnaire. (Pour de plus amples informations, voir Hofmarcher *et al.*, 2007, annexe 2.)

L'analyse des réponses au questionnaire et, plus généralement, des publications sur le sujet montre que les problèmes de coordination des soins retiennent largement l'attention des responsables publics, des prestataires de soins et de la population en général. Ces préoccupations sont d'autant plus fortes que le ratio dépenses de santé/PIB est élevé. Les réponses au questionnaire indiquent aussi, pour la plupart, que le débat sur la coordination de la prise en charge renvoie à la *qualité des soins* (retombées sur les résultats de santé et réactivité face aux besoins des patients) et à *l'efficacité par rapport au coût*, et, dans une moindre mesure, à *l'accès aux soins*. La coordination est une des pistes possibles vers la prestation de soins de qualité, grâce à une plus grande cohérence, et, par contrecoup, un respect plus strict des « pratiques exemplaires » en médecine.

Il ressort des résultats du questionnaire que, dans la zone OCDE et dans l'UE, les méthodes de coordination des soins présentent un certain nombre de caractéristiques communes.

- Qu'ils aient ou non mis en place un dispositif de filtrage de l'accès aux soins, presque tous les pays ont instauré des modalités applicables à l'orientation des

patients, faisant appel à la réglementation ou aux comportements. D'après les réponses au questionnaire, le premier contact avec le système de santé se situe presque toujours au niveau des soins primaires, et un patient ne consulte pas de spécialiste sans passer par l'intermédiaire d'un généraliste.

- Pour plus de la moitié des pays, les prestataires de soins primaires aident « souvent » les patients à se repérer dans le système de santé et assurent donc de fait la coordination des soins, du moins jusqu'à un certain point. Il semble toutefois que, dans de nombreux pays, ce rôle de guide joué par les médecins dispensant des soins primaires diminue à mesure que les patients se rapprochent de l'hospitalisation ou des soins en établissement<sup>1</sup>.
- D'après les réponses au questionnaire, les hôpitaux tendent à réorienter les patients vers les prestataires de soins primaires, ce qui témoigne sans doute de l'importance accordée à ceux-ci pour assurer le suivi des patients et la coordination des soins<sup>2</sup>. Ils les réorientent moins fréquemment vers des spécialistes du secteur ambulatoire, ces habitudes et le comportement des prestataires de soins qui en résulte étant semble-t-il une source de préoccupation majeure pour les autorités nationales en matière de coordination des soins.
- Des problèmes particuliers de coordination se présentent aux interfaces entre les niveaux de soins, surtout aux points de transition vers les soins de longue durée. Près des deux tiers des pays admettent l'existence de difficultés au sortir des soins ambulatoires, et quatre sur cinq des difficultés au sortir des soins aigus. Bien que ce soient d'autres professionnels de santé qui gèrent la transition vers les soins de longue durée, les prestations fournies ne semblent pas appropriées, ou ne sont pas fournies d'une manière permettant de relever le défi de la coordination des soins. Ces problèmes semblent persister en dépit des efforts considérables déployés dans beaucoup de pays pour améliorer la continuité entre soins en établissement et soins de proximité (Leichsenring *et al.*, 2004)<sup>3</sup>.
- Par comparaison, les problèmes qui se posent au sein des structures de soins paraissent moins importants. À l'intérieur des hôpitaux, par exemple, la coordination des soins s'effectue la plupart du temps au niveau des spécialistes. Néanmoins, 30 % des pays font état de problèmes de coordination des soins dans ce cadre, d'où l'idée que l'organisation de la prestation de soins dans les hôpitaux pourrait probablement être améliorée.
- Le financement cloisonné des soins, à partir de sources multiples, peut rendre la coordination des soins plus difficile et encourager les transferts de coûts d'un niveau de prestataires à un autre.
- La coordination des soins peut être entravée dès lors que le champ d'activité des différents professionnels de santé est strictement délimité et qu'il n'existe pas d'estime mutuelle entre eux.

En résumé, les réponses apportées au questionnaire par les pays montrent qu'il existe à peu près partout une forme ou une autre de coordination des soins dans laquelle les professionnels de santé contribuent à guider les patients dans leur parcours interinstitutionnel ou à l'intérieur d'un secteur donné. Toutefois, elles laissent également supposer que le « coordonnateur » des soins peut être, et est souvent, différent à chaque transition ; autrement dit, rien ne garantit que les patients seront suivis par un seul et même professionnel de santé pour un épisode de soins donné.

Bien souvent, les dispositifs en place ne semblent pas encourager le développement de compétences axées sur la gestion des affections chroniques, la communication avec les patients, l'accompagnement des patients et le travail en réseau avec d'autres prestataires, en particulier dans le secteur social ou celui des soins de longue durée. Certaines études indiquent que le temps alloué à l'accueil de chaque patient est très variable d'un pays à l'autre, et qu'il existe des différences sensibles entre les principaux systèmes de rémunération en place<sup>4</sup>. Les pays où les coordonnateurs de soins primaires disposent d'un budget leur permettant « d'acheter » des soins pour leurs patients sont très minoritaires.

Même si les pays reconnaissent l'importance de la coordination des soins, rares sont ceux qui l'encouragent sur une base contractuelle. D'après les résultats de l'enquête, 31 % des pays seulement rémunèrent « souvent » de façon explicite la coordination des soins au niveau des soins primaires. La fixation d'objectifs de coordination ou d'obligations concernant la qualité des soins est encore plus rare. Par conséquent, il n'existe guère d'incitations financières à améliorer la coordination des soins alors que celle-ci prend du temps ; faute de rétribution, elle risque d'être supplantée par des activités rémunérées.

## 5. Modèles de coordination des soins

Les modèles de coordination des soins couvrent un spectre qui va des systèmes intégrés à des approches plus étroites telles que la gestion thérapeutique. Un modèle de prestations intégré associe généralement soins primaires et soins hospitaliers au sein d'un système unique. Ce système prend en charge tous les besoins de soins de santé d'une personne, moyennant un forfait fixe. La gestion thérapeutique vise plus simplement à dispenser des soins mieux coordonnés aux malades chroniques. Elle repose habituellement sur un coordonnateur de soins qui gère les cas (il peut s'agir du prestataire des soins primaires ou d'une tierce partie) et inclut des protocoles cliniques pour le traitement des affections chroniques et un soutien pour la prise en charge des patients. Tous les types de coordination des soins font intervenir les éléments clés du modèle relatif aux maladies chroniques : recommandations de pratique clinique fondées sur des données probantes, aide à la décision clinique, systèmes d'information, sensibilisation des patients et intégration plus ou moins poussée.

### ***Kaiser Permanente – modèle de gestion coordonnée intégrant le financement de la santé et la prestation de soins primaires ambulatoires et de soins hospitaliers spécialisés***

Kaiser Permanente (KP) est l'exemple le plus connu de gestion intégrée/coordonnée pour une prise en charge plus efficace, des maladies chroniques en particulier. C'est le plus grand organisme de ce type aux États-Unis qui réunit les soins primaires ambulatoires et les soins hospitaliers spécialisés dans un même système. Son modèle *intégré* et sa manière d'exploiter les données se traduisent par des performances élevées et, plus particulièrement, par une prise en charge coordonnée des *affections chroniques* qui génère de bons résultats à moindre coût. Le Dr Yan Chow, directeur de l'innovation et des technologies avancées (IAT) au sein du département des technologies de l'information de KP, donne, en substance, la description suivante : le modèle de soins de santé doit avoir pour objet non pas la gestion des crises, mais la prévention, ce qui suppose une relation tout au long de la vie entre le patient et le prestataire de soins ; partant du principe que les hospitalisations non programmées sont le signe d'une défaillance du système, KP vise en priorité à maintenir les gens en bonne santé et à tisser

des liens véritables entre l'hôpital et la ville, pour que les patients admis dans un établissement aient à leur disposition les services requis dès qu'ils sont prêts à en sortir.

KP compte 8.6 millions d'affiliés – dont plus de 6.5 millions en Californie, les autres étant répartis dans six régions aux États-Unis. En 2009, les bénéfices d'exploitation de Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFHP/H) ont atteint 42.1 milliards USD. Si KP ne représente qu'une faible part des dépenses de santé aux États-Unis, la population couverte et les recettes perçues en font un organisme plus important que les systèmes de santé d'un grand nombre de petits pays de l'OCDE. S'agissant des États-Unis, la structure fédérale ajoute à la complexité du système de santé. KP réunit trois composantes : assurance maladie, hôpitaux et groupes de médecins autonomes.

### ***Intégration***

Trois formes d'intégration contribuent au bon fonctionnement de KP.

- *Intégration du financement et des prestations.* Les directeurs des hôpitaux et les médecins savent qu'ils doivent travailler dans les limites d'une enveloppe financière donnée, et s'efforcent ensemble d'y parvenir.
- *Intégration des soins primaires et des soins secondaires hospitaliers.* La distinction commune entre soins primaires et soins secondaires n'existe pas pour les salariés de KP (voir encadré 5.2). Les spécialistes travaillent à la fois dans des centres médicaux et dans des cabinets en ville. Les contacts prennent des formes nouvelles avec les médecins de premier recours. Par exemple, ceux-ci peuvent téléphoner à des spécialistes et organiser immédiatement des consultations à trois avec les patients, en court-circuitant l'étape d'orientation et en évitant l'attente d'un autre rendez-vous.
- *Intégration de la prévention, du traitement et de la prise en charge.* En particulier, les malades chroniques bénéficient de soins dispensés par des équipes pluridisciplinaires locales, les effectifs étant plus nombreux que ceux des cabinets de généralistes.

#### **Encadré 5.2. Projets pilotes de soins intégrés en Angleterre**

Le National Health Service (NHS) s'efforce depuis quelque temps d'améliorer les soins apportés aux personnes souffrant d'affections chroniques de longue durée – en réorientant les soins vers la communauté et en les rapprochant du domicile, en personnalisant davantage les soins et en apportant plus longtemps un soutien à des patients autonomes. Mais manifestement, le système de santé n'est pas encore à la hauteur de ses ambitions. On pourrait avancer que la séparation organisationnelle entre les médecins généralistes et les soins hospitaliers est un défaut de conception du NHS qui rend ces objectifs difficiles à atteindre.

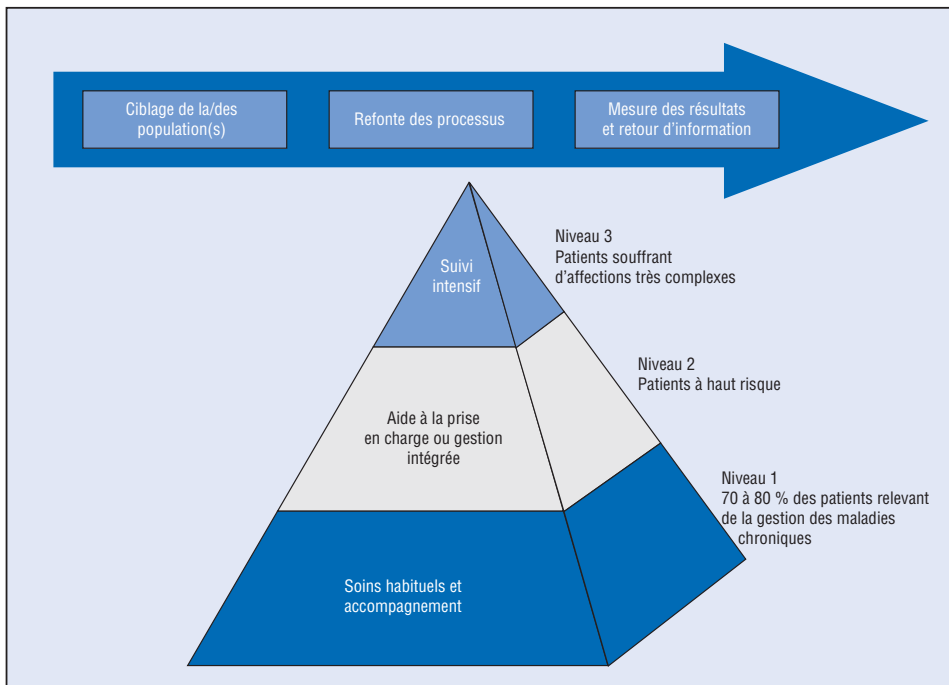
Le rapport de Lord Darzi – NHS Next Stage Review – a introduit le concept des organisations de soins intégrées, dont le but est d'encourager les praticiens des soins primaires et d'autres cliniciens à prendre la responsabilité de concevoir et de fournir des services cliniques intégrés et d'en gérer le budget. Seize projets pilotes de soins intégrés ont été lancés en avril 2009, dans le but d'étudier si une meilleure coordination des soins peut réduire le recours aux soins de santé et, en dernier ressort, leurs coûts. Les projets pilotes revêtent de nombreuses formes différentes, la plupart créant des réseaux de prestataires dotés d'un budget intégré (« intégration virtuelle »), et portant sur un éventail d'affections chroniques dont les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la démence, ainsi que sur la santé mentale et la toxicomanie. Ces projets pilotes doivent faire l'objet d'une évaluation indépendante au bout de deux ans.



## Prise en charge des maladies chroniques

KP met résolument l'accent sur les personnes qui souffrent, ou risquent de souffrir, d'affections chroniques. Ses affiliés sont répartis en trois niveaux de soins (voir ci-dessous la « pyramide de Kaiser », graphique 5.2).

**Graphique 5.2. Stratification : améliorer la coordination et la personnalisation des soins**



Source : La « pyramide de Kaiser », d'après Singh et Ham (2006).

La méthode de stratification adoptée par KP fait notamment prévaloir la prévention, l'aide à l'auto-prise en charge, la gestion thérapeutique et le suivi personnalisé pour les personnes souffrant d'affections très complexes. L'aide à l'auto-prise en charge passe par des programmes d'information et de sensibilisation, de plus en plus étayés par les technologies de l'information. La responsabilisation des patients occupe une place de choix.

### Gestion des patients hospitalisés

Il ressort des comparaisons internationales que KP hospitalise les patients beaucoup moins fréquemment, et pour des séjours plus courts, que le NHS du Royaume-Uni (Feachem, 2002 ; Ham, 2008). Par rapport au NHS, KP a utilisé environ trois fois moins de lits et atteint un taux plus élevé d'emploi de mesures préventives contre des maladies chroniques comme le diabète et les cardiopathies. La baisse du nombre de lits utilisés tient au fait que KP privilégie la gestion active des patients hospitalisés, les parcours de soins, l'organisation de la sortie de l'hôpital et les équipements de soins de suite et de réadaptation. Par ailleurs, dans les hôpitaux, KP confie la gestion individualisée des cas à des médecins généralistes qui coordonnent les interventions de différents spécialistes. Le

taux relativement faible d'utilisation de lits est le principal facteur expliquant le bon rapport coût-efficacité affiché par KP ; sa transposition dans d'autres systèmes de santé, tels que le NHS, permettrait de réaliser d'importantes économies (Feachem, 2002 ; Ham, 2008).

### *Technologies de l'information et des communications (TIC)*

KP est à la pointe de l'utilisation des technologies de l'information (TI), sur lesquelles s'appuient depuis longtemps ses activités tant administratives que cliniques. KP a consacré 4.5 milliards USD à la mise au point et à la diffusion d'un nouveau système perfectionné d'information en matière de santé, HealthConnect, qui comprend des dossiers approfondis sur des sujets médicaux, des outils d'aide à la décision clinique, ainsi qu'un soutien aux patients en ligne. Le système prévoit :

- la prescription électronique de traitements et d'analyses ;
- l'orientation électronique des patients ;
- des outils de gestion indiquant, stratification des risques à l'appui, les traitements ou mesures de prévention indispensables, notamment les tests de dépistage à réaliser ;
- des outils d'aide à la décision clinique, tels que des rappels sur la sécurité des médicaments ;
- l'inscription des patients et la facturation ; et
- le suivi des résultats.

Le système informatisé permet aux patients de communiquer avec leur médecin par courrier électronique sécurisé, ce qui réduit de 30 % les rendez-vous pour des consultations face à face. Il amène les intervenants à prendre certaines initiatives. Par exemple, si de nouveaux affiliés à KP sont fumeurs, on propose de les orienter vers une aide au sevrage tabagique. KP dispose aussi d'un vaste système d'auto-prise en charge des maladies chroniques. Grâce aux TI, les patients peuvent accéder à leur propre dossier médical. S'ajoutent à cela des outils très divers pour l'accompagnement des malades chroniques.

Par ailleurs, le système informatisé donne aux médecins la possibilité de gérer des « cliniques virtuelles » entre les généralistes et les spécialistes, notamment pour interpréter des radiographies ou divers tests diagnostics.

KP a réalisé une véritable intégration, moyennant des partenariats entre médecins et administrateurs qui permettent d'exercer un contrôle sur toutes les composantes du système de soins de santé, et de leur demander des comptes. KP peut ainsi s'occuper des patients dans le cadre qui convient le mieux, mettre en œuvre, face aux maladies chroniques, des programmes de gestion thérapeutique propices à la prévention et établir des priorités relatives dans les dépenses en se référant à des critères de pertinence et d'efficacité par rapport aux coûts. La prise en charge est configurée par KP selon les besoins du patient du début à la fin d'un épisode de maladie ou, s'il s'agit d'affections chroniques, tout au long de la vie. KP peut se prévaloir de coûts moins élevés et de performances supérieures grâce aux moyens considérables mis au service d'un parcours de soins bénéfique, depuis les services ambulatoires jusqu'à l'hôpital et aux services spécialisés, et en sens inverse.

## 6. Gestion thérapeutique : l'effet sur la courbe des coûts reste à prouver

### *Le prix à payer pour éviter les coûts équivaut à peu près aux économies réalisées – dans le meilleur des cas*

Dans les années 90, les compagnies privées d'assurance maladie des États-Unis ont largement adopté des programmes de gestion thérapeutique pour améliorer les résultats et enrayer la hausse des dépenses de santé liées aux maladies chroniques. La gestion intégrée des soins, réunissant les différentes prestations comme dans le cas de KP, montrait qu'il était possible de réduire les coûts pour les malades chroniques par une prise en charge mieux coordonnée. Toutefois, un modèle aussi singulier que KP est difficilement reproductible, surtout dans un système de santé plus hétérogène, caractérisé par le paiement à l'acte et la séparation entre soins primaires ambulatoires et soins spécialisés hospitaliers. La gestion thérapeutique est un moyen de parvenir aux mêmes objectifs de coordination des soins pour les affections chroniques, sans aller jusqu'à l'intégration formelle ni nécessiter de refonte structurelle majeure du système.

Ainsi, aux États-Unis, les programmes de gestion thérapeutique font souvent intervenir des tiers pour coordonner les soins. La tâche est notamment assurée par des infirmières qui téléphonent aux patients. Outre la coordination des soins, il leur incombe de veiller à l'utilisation de protocoles cliniques fondés sur la médecine fondée sur les preuves et de faire en sorte que les patients respectent les traitements médicamenteux et bénéficient d'actes de prévention tels que les examens ophtalmologiques et les soins des pieds pour les diabétiques. Les programmes de gestion thérapeutique ont été initialement axés sur des affections chroniques comme le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive/l'asthme, l'insuffisance cardiaque, etc. L'hypothèse est la suivante : ce type de coordination des soins peut éviter une hospitalisation onéreuse et coûte moins cher parce qu'il remplace les médecins par des personnels de santé à un niveau inférieur.

Qu'est-ce que la gestion thérapeutique ? Selon la définition qu'en donne l'association représentant la profession, il s'agit d'un système coordonné d'intervention et de communication destiné à des groupes de population souffrant de maladies face auxquelles les efforts d'auto-prise en charge des patients jouent un rôle important. La gestion thérapeutique a été présentée comme un moyen de faire mieux coïncider la prise en charge des malades chroniques avec les pratiques exemplaires, ce qui améliore les résultats et réduit les coûts. Des interventions, des contextes et des destinataires très divers peuvent répondre à une telle définition.

Pour la Robert Wood Johnson Foundation, les activités en plein essor de gestion thérapeutique et de coordination des soins peuvent avoir beaucoup de configurations différentes.

- *Soins primaires.* La gestion coordonnée doit logiquement commencer à ce stade, mais beaucoup de cabinets de soins primaires n'ont ni la taille ni les moyens de financement et d'organisation voulus pour la mettre en œuvre.
- *Grands cabinets regroupant plusieurs spécialités.* Certains grands cabinets font de la gestion coordonnée une activité à part entière.
- *Prestataire extérieur.* Dans le modèle de gestion thérapeutique de type commercial, la coordination des soins est assurée par des infirmières à distance, par téléphone.

- *Hôpital-domicile*. Les gestionnaires de soins rencontrent les patients avant la sortie d'hôpital de façon à organiser ensuite des visites à domicile.
- *Domicile*. Les gestionnaires de soins veillent à ce que tous les services voulus soient assurés au domicile des patients.

En Allemagne, le régime d'assurance maladie s'appuie sur une définition inscrite dans la loi : les soins médicaux sont organisés de telle manière que le traitement et la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques fassent l'objet d'une coordination entre les différents prestataires et se réfèrent aux données scientifiques les plus récentes (Bundesministerium der Justiz, 2008).

### ***La gestion thérapeutique dans le programme Medicare aux États-Unis : aucune économie et peu d'effet sur la qualité des soins***

L'évaluation la plus systématique de la gestion thérapeutique et de la coordination des soins a été réalisée aux États-Unis par les services des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), qui administrent les programmes d'assurance publique Medicare et Medicaid. Les coûts liés à Medicare ont continué à s'élever de façon disproportionnée par rapport au reste de l'économie et occupent une place de plus en plus grande dans le budget fédéral. La maîtrise des dépenses de Medicare étant un objectif primordial, les programmes de gestion thérapeutique applicables aux maladies chroniques ont été mis en avant parmi les solutions à retenir. À partir de 1999, Medicare a entrepris de les expérimenter méthodiquement, sous différentes formes, pour voir s'ils peuvent permettre de juguler les dépenses en ciblant les patients du programme Medicare atteints d'affections chroniques, notamment les gros consommateurs de services hospitaliers.

Le tableau 5.2 récapitule les résultats décevants de sept projets pilotes de grande ampleur portant sur 35 programmes, qui ont permis de tester des instruments de gestion thérapeutique très divers. Quasiment aucun des programmes n'a permis à Medicare de faire des économies. Parfois, le nombre d'hospitalisations a diminué, mais les coûts des programmes ont dépassé ceux des hospitalisations évitées. Rappelons que la coordination des soins a un prix, qui peut être supérieur aux économies qu'elle apporte.

Très récemment, des chercheurs ont diffusé les premiers résultats du projet Medicare Co-ordinated Care Demonstration (MCCD), qui a consisté à vérifier l'efficacité des programmes de gestion thérapeutique au moyen de 15 essais contrôlés randomisés. Le constat est tout aussi négatif : aucun effet en termes d'économies pour Medicare et peu d'améliorations au niveau des indicateurs de qualité. Les 15 essais contrôlés randomisés incluaient un large éventail de prestataires, sans se limiter à des fournisseurs indépendants : cinq organismes de gestion thérapeutique ; trois centres médicaux universitaires ; un système de prestations intégré ; un centre de soins palliatifs ; un établissement de soins de longue durée. Seul un projet de démonstration sur 15 a mis en évidence une amélioration statistiquement significative en matière de soins cliniques. Le projet MCCD montre notamment qu'il est très difficile d'amener les patients à changer de comportement. Dans la plupart des cas, ceux-ci ont été réticents à faire de l'exercice, revoir leur alimentation, arrêter de fumer et modifier d'autres aspects de leur mode de vie pour améliorer leur santé et réduire les coûts. Il y aurait peut-être lieu de conjuguer la démarche avec des incitations financières – du côté de l'offre, le paiement à la performance (PàP) offre des perspectives intéressantes.

**Tableau 5.2. Évaluation des initiatives de gestion thérapeutique du système américain Medicare**

Projet pilote	Sites	Population	Intervention	Résultats
IdeaTel Informatique, télémédecine et éducation	1	1 093	« Consultations » de télémédecine : gestion individualisée assurée par des infirmiers	Plus grande satisfaction des patients Résultats cliniques améliorés <i>Augmentation nette des coûts pour Medicare</i>
Gestion individualisée Démonstration de gestion par cas pour l'insuffisance cardiaque et le diabète mellitus	1	257	Gestion individualisée avec évaluation du patient et suivi téléphonique	Qualité des soins améliorée Diminution des hospitalisations  <i>Économies inférieures aux coûts du programme</i>
Soins coordonnés Démonstration de soins coordonnés - Medicare	15	13 379	Gestion individualisée, gestion téléphonique, télésuivi	Qualité des soins améliorée <i>Augmentation des coûts de 11 % pour Medicare</i>
Gestion thérapeutique  Prise en charge des soins aux personnes atteintes de graves pathologies chroniques - Medicare	3	18 165	Prise en charge téléphonique et assurance-médicaments avec suivi à distance des insuffisants cardiaques	Un programme a permis d'améliorer la qualité des soins <i>Augmentation des coûts pour Medicare</i>
Gestion thérapeutique - doubles bénéficiaires  Prise en charge des personnes bénéficiant à la fois de Medicare et Medicaid	1	30 000	Prise en charge essentiellement téléphonique assurée par du personnel infirmier, complétée par une gestion individualisée à domicile	Augmentation des coûts dans un premier temps <i>Amortissement des coûts lors de la deuxième phase de refonte avec ciblage de la population</i>
Coûts élevés Gestion intégrée des soins pour les patients à l'origine de coûts élevés	6	47 000	Chaque programme met à l'essai différentes interventions : visites de médecins et de personnel infirmier à domicile, dispositifs de suivi à domicile, soutien et formation de l'aidant, suivi des soins préventifs et rappels, lignes téléphoniques permettant de joindre des infirmiers 24 heures sur 24	<i>Deux programmes sur six ont permis de faire des économies</i>
MHS Medicare health Support (amélioration de la prise en charge des maladies chroniques)	8	206 000	Gestion intégrée et par pathologie, accompagnement médical par téléphone et télésuivi	<i>Augmentation des coûts de 5 à 11 % pour Medicare</i>

Source : Bott *et al.* (2009).

Les démonstrations des CMS concernant la gestion thérapeutique dans le cadre de Medicare sont riches d'enseignements. Certes, il s'agit d'une situation très particulière, puisque les patients sont par définition des personnes âgées. Par ailleurs, les initiatives n'ont pas porté sur le marché concurrentiel de l'assurance, où les programmes de gestion thérapeutique sont courants ; elles se sont inscrites dans le cadre de la rémunération à l'acte qui caractérise Medicare. Les résultats donnent néanmoins à réfléchir, compte tenu des espoirs initialement placés dans la gestion thérapeutique. L'idée que les recommandations fondées sur des preuves probantes et la coordination des soins permettent de réaliser des économies est intéressante au premier abord, et paraît rationnelle, mais elle reste encore à corroborer.

Au bout de près de deux décennies, les responsables du programme Medicare font les observations suivantes : les travaux de démonstration des CMS n'ont pas largement apporté la preuve d'une amélioration, qu'il s'agisse de la référence à la médecine fondée sur les preuves, de la satisfaction des prestataires ou des bénéficiaires, ou encore de la modification générale des comportements. Seuls quelques programmes ont permis de réaliser des économies nettes, déduction faite des rémunérations. Malheureusement, aucune caractéristique des programmes ou interventions considérés, ou même d'une petite composante de ceux-ci, ne ressort de l'évaluation comme étant un facteur clair et constant de réussite globale d'une telle démarche.

Il est entendu que les programmes de gestion intégrée des soins ont besoin de temps pour s'imposer et faire leurs preuves dans le système de santé. La coordination des soins dans un contexte marqué par la complexité s'annonce souvent laborieuse, surtout en l'absence d'une culture commune mobilisant tous les acteurs, à l'instar de Kaiser Permanente, autour de la recherche d'une plus grande qualité des soins pour un coût aussi bas que possible. Par ailleurs, les montants à investir au départ sont élevés, pour des bénéfices qui, souvent, se concrétisent des années après. Medicare continue d'élaborer des projets pilotes nouveaux et d'affiner les anciens. Les pays de l'OCDE peuvent s'inspirer utilement de cette riche expérience.

### ***Exemples de prise en compte des maladies chroniques dans les soins primaires rémunérés à l'acte : l'Allemagne et l'Autriche***

Les innovations en matière de gestion intégrée des soins aux États-Unis ont été étudiées de près par d'autres systèmes de santé, notamment en Allemagne, au Royaume-Uni et en Autriche. Pour les systèmes qui cloisonnent depuis longtemps les soins primaires de médecine générale des soins hospitaliers, des solutions intégrées comme le modèle de Kaiser Permanente ne pouvaient être envisagées. La gestion thérapeutique offrait la possibilité de remédier aux problèmes de coordination entre soins primaires et secondaires. Aussi certains pays se sont-ils inspirés de l'exemple américain en l'adaptant à leur système de santé.

La formule appliquée au États-Unis se distingue par le fait que la gestion thérapeutique est confiée à des organismes tiers à but lucratif. En Allemagne et en Autriche, le raisonnement consiste à faire entrer la gestion thérapeutique dans les soins primaires. Autrement dit, les systèmes de santé doivent prévoir un complément au paiement à l'acte pour rémunérer les médecins généralistes chargés de coordonner les soins. Dans un dispositif classique de paiement à l'acte, ces praticiens ne sont guère incités à mettre en avant la prévention et la coordination des soins. Ils perçoivent donc une rémunération supplémentaire pour assumer ce rôle, moyennant le respect de recommandations de pratique clinique, l'utilisation accrue des TI et l'accompagnement des patients.

Le cas de l'Allemagne retient particulièrement l'attention car le principal facteur d'évolution a été la transformation profonde du mode de financement des caisses d'assurance. À la suite de la réforme du système de péréquation du risque, celles-ci ont reçu des fonds publics complémentaires pour tout patient prenant part à un programme de gestion thérapeutique. Ainsi, elles pouvaient trouver un intérêt à affilier des malades chroniques, et à améliorer l'efficacité de leur prise en charge.

Les caisses d'assurance allemandes ont contraint la profession médicale à accepter les principes de la gestion thérapeutique. En 2002, celle-ci a été officiellement inscrite dans le régime obligatoire d'assurance maladie, et définie comme étant une forme d'organisation des soins médicaux telle que le traitement et la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques fassent l'objet d'une coordination entre les différents prestataires et se réfèrent aux données scientifiques les plus récentes. Des programmes de gestion thérapeutique ont été instaurés pour le cancer du sein, le diabète de type 2, l'insuffisance coronarienne (2004), l'asthme (2006) et la *broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)* (2006). En juin 2007, on comptait plus de 14 000 contrats au titre de la gestion thérapeutique. En 2005, le nombre de personnes incluses dépassait 2 millions (voir graphique 5.3). Les estimations indiquent que près de 70 % des diabétiques sont inscrits dans ce cadre (Nolte, 2009).

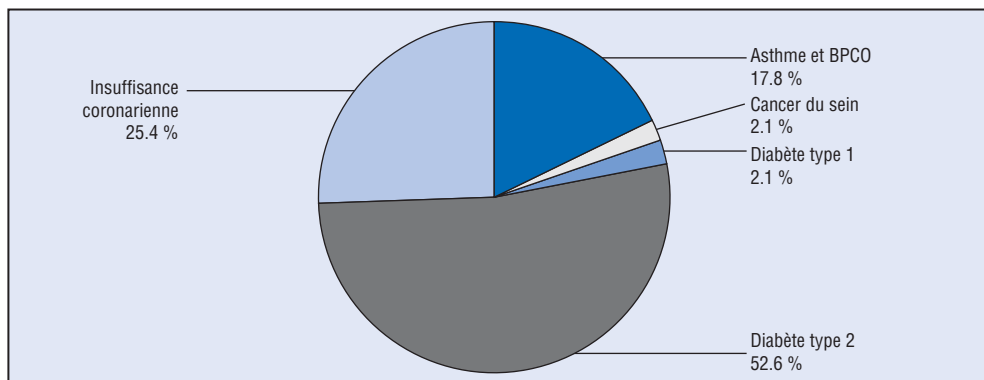
L'Allemagne a adopté ce type de programme à la suite d'un rapport (du Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, conseil consultatif – SVR– pour l'évaluation des progrès de la santé publique) indiquant que le système de santé du pays ne s'était pas adapté au déplacement de la charge de morbidité vers les affections chroniques. Le rapport mettait en évidence la prépondérance des soins aigus, l'insuffisance de soins préventifs et la passivité dans laquelle étaient maintenus les patients souffrant de maladies chroniques face aux services médicaux. Il soulignait également la séparation stricte entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers, le manque d'incitations et l'absence de recommandations de pratique clinique fondées sur des preuves. Tous ces facteurs contribuaient à une mauvaise coordination et à une faible qualité des soins dispensés aux malades chroniques.

Il s'agissait principalement d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades chroniques, et non pas simplement de réaliser des économies. Les programmes allemands de gestion thérapeutique englobent les éléments clés suivants :

- Traitements médicaux de pointe, en accord avec les meilleures preuves disponibles et les recommandations de pratique clinique de référence ;
- Paramètres d'assurance qualité ;
- Critères et modes opératoires normalisés pour l'inscription et l'exclusion des patients ;
- Éducation/formation structurée, pour les prestataires et pour les patients ;
- Suivi des indicateurs de performance ; et
- Évaluation de l'efficacité et des coûts.

Les programmes de gestion thérapeutique contiennent également des règles précises de coordination des soins entre les divers secteurs de santé. Les recommandations invitent les médecins à resserrer la coopération interdisciplinaire (entre les praticiens de différentes spécialités, les hôpitaux et les services de réadaptation). S'ajoutent des indications concernant l'étape à laquelle le patient doit être dirigé vers les spécialistes compétents, afin d'assurer la continuité des soins.

**Graphique 5.3. Les programmes de gestion thérapeutique en Allemagne**



BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Source : D'après AOK-Bundesverband (2009b).

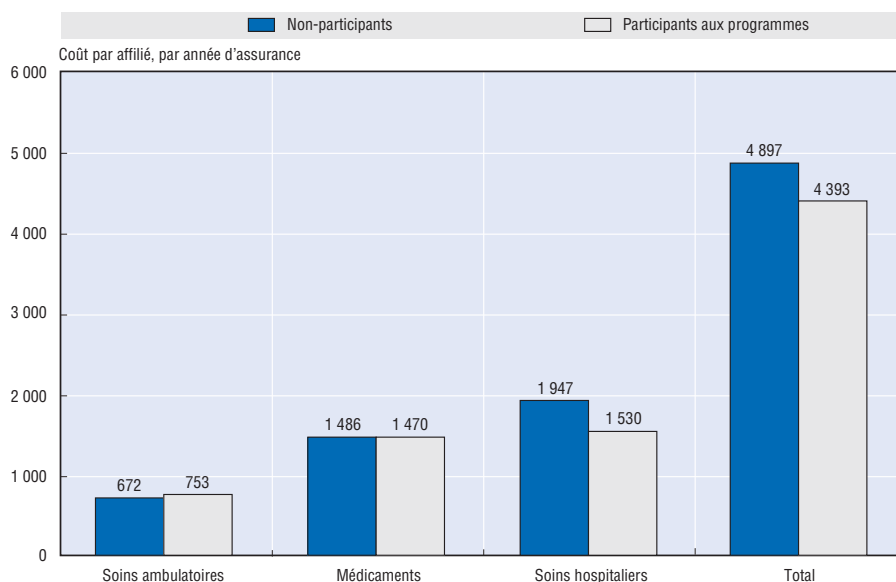
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331676>

Des effets positifs s’ensuivent en termes d’amélioration de la qualité des soins, particulièrement dans le cas du diabète. D’après la Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Union fédérale des médecins conventionnés), les objectifs qualitatifs globaux des programmes de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 ont été pleinement atteints pour cinq des neuf paramètres cliniques spécifiés (Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2009). Une étude a mis en évidence une amélioration de la qualité de vie des personnes intégrées aux programmes de ce type (Ose *et al.*, 2009). Une autre étude a montré que la qualité des soins était bien meilleure pour les patients qui prenaient part au programme national de gestion thérapeutique. Les progrès les plus importants concernaient la coordination des soins, notamment le suivi et une meilleure prise en main par les malades eux-mêmes.

Une étude a indiqué que la participation à un programme de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 réduisait la mortalité au bout de trois ans (Miksch *et al.*, 2010). Le taux de mortalité global s’établissait à 11,3 %, contre 14,4 % dans le cas des non-participants. Une autre étude a constaté que les patients participant à un programme de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 étaient beaucoup moins sujets aux attaques et à l’amputation (Graf *et al.*, 2009). Dans l’ensemble, les programmes de gestion thérapeutique relatifs au diabète ont sensiblement amélioré la qualité des soins pour les malades chroniques.

Reste à savoir si les programmes de gestion thérapeutique allemands permettent de faire des économies (voir graphique 5.4). Certains éléments indiquent que les patients prenant part à ces programmes sont moins hospitalisés que les autres. Comme il fallait s’y attendre, les coûts des soins ambulatoires ont augmenté, compte tenu du plus grand nombre de consultations en soins primaires. Le coût des médicaments est resté inchangé. Tout bien considéré, la gestion thérapeutique laisse espérer des gains d’efficacité du fait de la diminution des hospitalisations.

**Graphique 5.4. Les programmes de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 réduisent les frais hospitaliers**



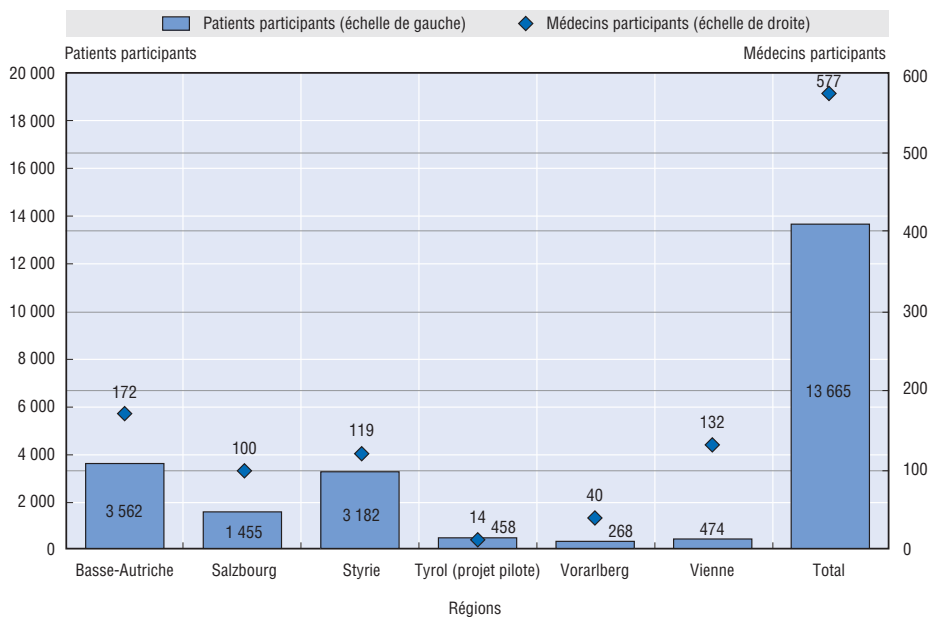
Source : D’après AOK-Bundesverband (2009a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331695>



Après l'Allemagne, l'Autriche s'est engagée dans la gestion thérapeutique. Un programme lancé en 2007 pour le diabète de type 2 (« Therapie Aktiv ») monte rapidement en puissance. À Salzbourg, une étude contrôlée aléatoire par grappes a été réalisée auprès de 98 médecins (48 interventions, 50 contrôles) et 1 494 patients (654 interventions, 840 contrôles). L'étude de Salzbourg, l'une des plus ambitieuses de ce type dans le domaine de la gestion thérapeutique, a mis en évidence une meilleure maîtrise du diabète (réduction significative des taux d'HbA1c), une meilleure maîtrise de l'hypertension (diminution de la pression artérielle) et le recours accru à des mesures préventives (examens des yeux et des pieds). L'étude continuera de suivre les patients et fournira des informations sur les effets à long terme de la gestion thérapeutique (Sönnichsen *et al.*, 2009).

**Graphique 5.5. Participation au programme de gestion thérapeutique pour le diabète de type 2 en Autriche, mai 2010**



Source : D'après <http://diabetes.therapie-aktiv.at>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331714>

Les cas allemand et autrichien semblent apporter des preuves encourageantes de l'efficacité des programmes de gestion thérapeutique, particulièrement pour le diabète. Autrement dit, si la situation et l'expérience des États-Unis ne sont pas toujours transposables dans d'autres pays, la gestion thérapeutique paraît devoir améliorer la coordination des soins, et peut-être l'efficacité et l'efficacé de la prise en charge des affections chroniques.

Il est permis de penser que l'Allemagne et l'Autriche n'obtiennent pas les mêmes résultats que les États-Unis parce que ces deux pays confient la coordination de la prise en charge aux services de premier recours. C'est peut-être moins cher que de faire appel à un coordonnateur de soins distinct. Le fait de s'en remettre aux soins primaires pour la coordination évite de créer un nouvel organisme. Par ailleurs, en Allemagne et en Autriche, les programmes de gestion thérapeutique figurent parmi les premiers efforts notables d'instauration de recommandations de pratique clinique. De plus, les essais de

soins coordonnés aux États-Unis concernaient uniquement des patients de plus de 65 ans qui sont peut-être moins enclins à modifier leur comportement en réponse à des programmes de gestion thérapeutique.

Les effets sur les coûts demeurent hypothétiques. Les frais de mise en place des programmes sont élevés et la coordination a un coût. Reste à savoir dans quelle mesure ce coût a pour contrepartie des hospitalisations moins nombreuses. Dans les essais de soins coordonnés de Medicare, la réduction, très minime, des hospitalisations n'a pas compensé les coûts supplémentaires liés aux programmes. Il faudra procéder à d'autres évaluations en Allemagne et en Autriche pour voir si la gestion thérapeutique permet réellement de faire des économies.

Cependant, même si ces investissements ne génèrent pas d'économies pour le système de santé, ils pourraient bien apporter des améliorations sanitaires de façon efficace par rapport aux coûts. Les programmes de gestion thérapeutique devraient être considérés comme des « technologies de soins » parmi d'autres, au même titre que les médicaments, et peut-être conviendrait-il de les évaluer suivant des critères comparables. Au lieu de s'interroger sur ces interventions en termes d'économies, il faudrait se demander si elles permettent d'optimiser l'utilisation des ressources ou d'obtenir une amélioration des résultats à la hauteur des dépenses. Dans ces termes plus souples, beaucoup des interventions considérées s'avéreraient rentables par rapport aux interventions classiques.

### *Autres pays*

Ailleurs, certains pays ont commencé à instaurer des programmes de gestion thérapeutique, et d'autres expérimentent actuellement des formules comparables, mais qui sont encore à un stade embryonnaire, souvent sous forme de projets pilotes : un quart seulement des pays interrogés ont fait état de programmes de ce type, se rapportant pour la plupart au diabète.

Il est difficile de savoir si ces programmes ont l'impact voulu en termes de performances. Les structures et les finalités sont très variables d'un programme à l'autre. S'ajoute la disparité des évaluations, liée à la durée des essais et à la méthodologie employée. Pour l'essentiel, les informations viennent des États-Unis, où le financement et la prestation des soins de santé s'inscrivent dans un contexte institutionnel différent de celui de la plupart des autres pays. Il est probablement trop tôt pour se prononcer définitivement, mais on peut penser que ces programmes ont une incidence sur la *qualité des soins*, qui peut cependant varier selon la maladie.

Plusieurs explications peuvent être avancées : les coûts élevés de mise en place et de gestion des programmes ; le fait que ces programmes mettent en évidence des besoins non satisfaits ; et le décalage entre les soins et le suivi et l'ampleur des besoins. Ceux-ci peuvent être techniquement difficiles à apprécier, surtout là où les informations cliniques et autres – degré de soutien familial, par exemple – sont limitées. Pour améliorer systématiquement les performances des systèmes de santé, il faut que ces programmes ciblés s'inscrivent dans des initiatives visant plus largement à améliorer la coordination des soins et à centrer davantage les prestations sur le patient.

### ***Leçons à retenir : quelles sont les bonnes pratiques ?***

En ce qui concerne les bonnes pratiques, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS, 2006) indique trois grandes conditions susceptibles d'accroître les chances de réussite.

1. Intégration plus poussée des prestataires – réseaux de médecins, réseaux de soins dans lesquels les médecins sont salariés comme Kaiser Permanente ou la Veterans Health Administration<sup>5</sup> ;
2. Intégration d'autres intervenants, tels que les personnels infirmiers ou les travailleurs sociaux et les pharmaciens, dans le processus de soins et le suivi ;
3. Programmes incitant les patients à changer de comportement, par l'éducation et la responsabilisation. En effet, les programmes qui sensibilisent les patients tout en donnant une plus grande place à des personnels autres que les médecins semblent avoir des effets de synergie et un impact global plus fort<sup>6</sup>.

En résumé, les programmes de gestion thérapeutique permettent d'améliorer les résultats sanitaires et les performances qualitatives du système, même si l'impact sur les coûts reste entaché d'incertitude. Toutefois, ces modèles ne sont qu'une manière parmi d'autres de mieux coordonner les soins. Des mesures récemment prises dans un certain nombre de pays visent aussi à assurer des soins adéquats et sûrs en dehors de l'hôpital en renforçant le rôle des soins ambulatoires. Peut-être alors faut-il veiller de plus près à ce que les flux d'information, les capacités de prise en charge, les incitations et les modes de prestation dans le secteur ambulatoire suivent cette évolution.

## **7. Améliorer le rapport coût-efficacité de la gestion thérapeutique**

### ***Modèles prédictifs***

L'un des problèmes posés par les essais de soins coordonnés de Medicare tenait au fait qu'ils étaient ouverts à toutes les personnes souffrant de maladies chroniques. En réservant essentiellement les programmes de gestion thérapeutique aux patients pour lesquels ils sont efficaces, il serait possible d'en améliorer le rapport coût-efficacité. Il semble d'ailleurs qu'aux États-Unis, les compagnies d'assurance privées recourant à la gestion thérapeutique procèdent déjà ainsi (Lewis, 2010). Se pose alors la question de l'identification des patients appelés à bénéficier de la gestion thérapeutique. La démarche, diamétralement opposée à celle des essais contrôlés randomisés, consiste à exploiter les informations sur les caractéristiques des patients pour déterminer à l'avance les bénéficiaires.

Les modèles d'impact sont des instruments qui permettent de déterminer de façon systématique le sous-ensemble d'affiliés à risque pour lesquels les soins préventifs sont appelés à donner de bons résultats (Weber et Neeser, 2006). Ils prévoient : qui va développer une maladie, pâtir d'un trouble lié à une maladie ou passer d'un état de santé (satisfaisant) à un autre ; et les cas où ces résultats peuvent être modifiés par une intervention donnée, telle que la prise ou l'arrêt de médicaments, la réalisation d'une analyse, la réduction de coûts médicaux évitables, un changement de comportement ou une modification du cadre de vie (Duncan, 2004).

Ils s'appuient eux-mêmes sur des modèles prédictifs et permettent d'identifier les personnes présentant un risque élevé d'hospitalisation non programmée. Or certains des patients à haut risque ainsi recensés ne sont pas nécessairement réceptifs à des soins

préventifs. Les modèles d'impact visent à déterminer le sous-ensemble de patients à risque pour lesquels les soins préventifs ont de bonnes chances de réussir. Ils peuvent aussi exclure les patients les moins susceptibles d'entreprendre des soins préventifs. Par ailleurs, ils peuvent servir à faire coïncider les interventions de soins préventifs avec les caractéristiques des patients qui laissent entrevoir les meilleurs résultats.

Depuis les années 80, les outils de péréquation du risque sont plus largement employés dans le domaine de la santé. Ils sont au cœur des systèmes de capitation, à commencer par le nouveau modèle de mise en concurrence des assureurs, aux Pays-Bas et en Allemagne, qui utilise la péréquation du risque pour calculer les montants à verser aux caisses d'assurance pour différents patients. La péréquation du risque est un des principes fondamentaux des mécanismes d'assurance maladie concurrentiels récemment instaurés (Bevan et Van de Ven, 2010).

Les méthodes de péréquation du risque peuvent servir à prévoir les hospitalisations, mais les prévisions obtenues ne sont pas fiables. Des patients à coût élevé sont associés à des coûts nettement plus faibles à l'avenir, même en l'absence d'intervention, selon un phénomène de « régression vers la moyenne ». Les programmes de gestion thérapeutique ne devraient donc pas s'intéresser aux patients qui affichent aujourd'hui des admissions répétées à l'hôpital. Il faudrait plutôt repérer les personnes présentant un risque plus élevé d'hospitalisation à l'avenir. Cette forme de modélisation prédictive entre dans le projet anglais de « clinique virtuelle » qui pourrait permettre de réduire les hospitalisations. Le projet repose sur les modèles de prévision et sur des équipes travaillant selon une approche pluridisciplinaire (patients à haut risque de ré-hospitalisation) de la prise en charge sanitaire et sociale qui fait virtuellement la tournée des patients (Lewis, 2010).

La modélisation pourrait également être utile pour prévoir la réceptivité des patients lorsqu'il s'agit de promouvoir d'autres comportements. S'il est largement admis que la prévention peut améliorer la santé, en amenant les patients à arrêter de fumer ou à perdre du poids, ceux-ci se montrent souvent réticents. Certaines techniques de modélisation permettent d'apprécier dans quelle mesure un patient est disposé à se comporter différemment. Beaucoup de méthodes sont employées pour prévoir la réceptivité des patients et leur participation à des programmes de soins préventifs, faisant appel à la « mobilisation » ou au degré de « coopération » du patient. Servent notamment de référence les PAM (mesures de motivation des patients) (Hibbard *et al.*, 2004), ainsi que les caractéristiques des patients, les exemples antérieurs de non-observance et les rapprochements avec la situation d'autres patients ayant obtenu de bons résultats.

Les modèles de prévision et d'impact peuvent grandement améliorer le rapport coût-efficacité de la gestion thérapeutique. Une intervention coûteuse gagnerait en efficacité si elle pouvait, à la manière d'un médicament, cibler précisément les personnes réceptives. La démarche ne permettrait pas nécessairement de réaliser des économies, mais elle pourrait optimiser les dépenses liées aux programmes de gestion thérapeutique.

### ***Modèle de soins collaboratif – l'exemple de la santé mentale***

La santé mentale se prête bien à la gestion thérapeutique. Il existe un grand nombre d'essais cliniques montrant que la coordination des soins améliore les résultats dans ce domaine. Une méta-analyse fouillée portant sur l'efficacité du modèle collaboratif de soins en témoigne. Elle a mis en évidence des pourcentages d'amélioration de la qualité de vie de 25 % à six mois et de 15 % à cinq ans. Des études menées au Royaume-Uni ont

fait apparaître une efficacité plus grande encore. Il s'agit de gains fort appréciables comparés aux traitements médicaux habituels.

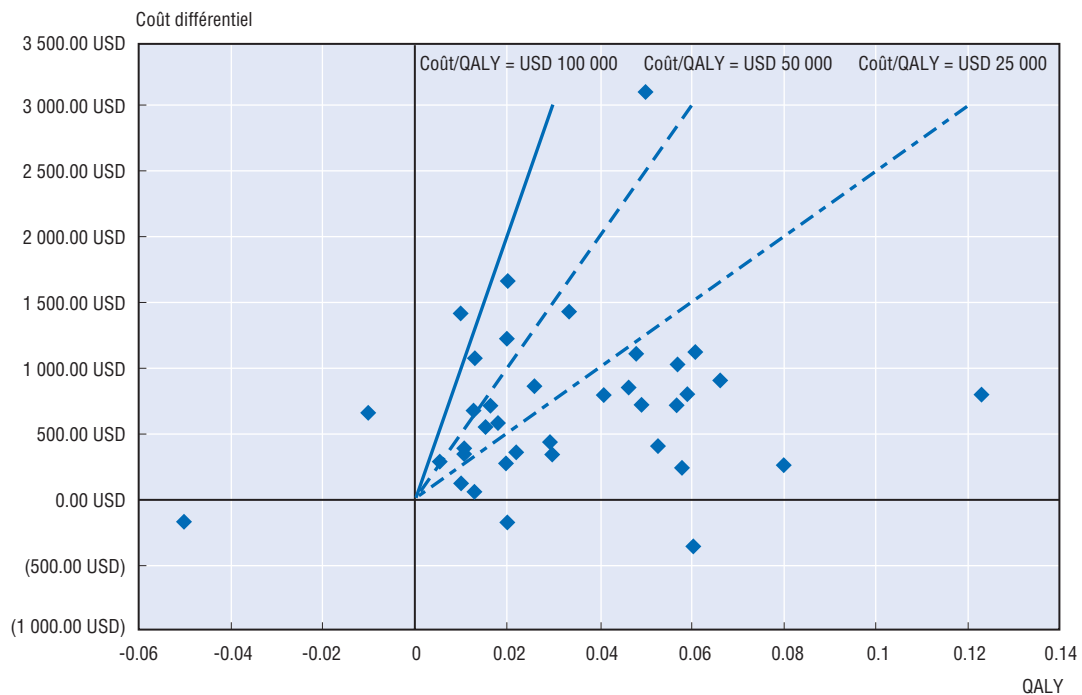
D'après des essais contrôlés randomisés de grande envergure, plusieurs éléments importants entrent dans le modèle de soins collaboratif appliqué au traitement de la dépression :

- Temps consacré par le médecin ;
- Services rendus par le coordonnateur des soins ;
- Consultation de spécialistes ; et
- Aide à la décision concernant l'enregistrement des patients.

Le graphique 5.6 rend compte de huit études consacrées au rapport coût-efficacité du modèle de soins collaboratif. Chacun des points indique l'efficacité relative du modèle de soins collaboratif pour le traitement de la dépression modérée. Cette efficacité est amplement démontrée (toutes les études font apparaître une amélioration des résultats cliniques). Il ressort de la grande majorité des études que les résultats sont améliorés pour un coût relativement faible, inférieur au seuil généralement retenu par le NICE du Royaume-Uni pour évaluer les nouveaux médicaments (environ 50 000 USD par année de vie ajustée par la qualité – QALY).

Aussi prudentes que soient les hypothèses en termes d'efficacité, le modèle reste intéressant par rapport aux ressources utilisées. Certes, le programme de gestion thérapeutique pour la dépression ne permet pas nécessairement de réaliser des économies. Son rapport coût-efficacité est néanmoins élevé, et dépasse de beaucoup celui des traitements appliqués dans d'autres domaines de pathologie. En outre, il serait amélioré par une définition plus large des coûts englobant les dépenses salariales. Le traitement de la dépression signifie que les intéressés sont plus susceptibles de reprendre le travail, au lieu de relever du régime d'invalidité. La prise en compte de ces coûts dans l'équation élèverait encore le rapport coût-efficacité, et pourrait même aller jusqu'à mettre en évidence des économies.

Les modèles collaboratifs de soins par paliers sont plus efficaces par rapport au coût. L'intensité du suivi augmente uniquement quand la situation l'exige. Les patients se voient d'abord proposer un traitement qui a des chances d'être efficace tout en étant relativement facile à mettre en œuvre, pour un coût assez faible, sans trop d'effets secondaires. Si les résultats sont insuffisants, le traitement passe à un palier supérieur, et devient plus complexe, plus onéreux ou plus éprouvant. Il s'agit de faire en sorte que tous les patients concernés aient accès aux soins appropriés, en réservant les traitements les plus complexes à ceux qui ont suivi sans succès les traitements du palier inférieur.

**Graphique 5.6. La dépression en médecine de premier recours**

QALY: Années de vie ajustées par la qualité.

Note : Les points représentent les essais contrôlés randomisés.

Source : D'après Glied *et al.* (2010).

La gestion thérapeutique présente un meilleur rapport coût-efficacité pour les maladies mentales que pour beaucoup d'autres affections. L'explication tient peut-être à l'importance que revêt la coordination. Tout d'abord, l'acceptation du traitement médicamenteux et de la psychothérapie conditionne l'obtention de bons résultats. Les programmes de gestion thérapeutique sont propices à l'instauration de règles communes en matière de psychothérapie. Ils peuvent aussi favoriser la prise des médicaments en veillant à ce que les patients discutent plus régulièrement des effets secondaires, afin que le traitement soit modifié en conséquence. S'ajoute une meilleure articulation entre le mental et le physique, souvent déterminante pour les personnes atteintes de maladies mentales. Enfin, le dépistage et le traitement précoces des troubles mentaux évitent sans doute des séjours onéreux à l'hôpital.

### ***Soins palliatifs***

Les soins palliatifs renvoient au type de prise en charge centrée sur le patient, qui est fournie aux personnes atteintes de maladies chroniques, sévères ou graves. À la différence des soins curatifs qui visent souvent des maladies infectieuses ou aiguës, ils visent principalement à soulager la douleur et à améliorer la qualité de vie par des traitements et des thérapies adaptés. L'approche globale des besoins psychologiques et psychosociaux du patient implique aussi la participation de l'entourage familial et social. Des décisions médicales éclairées sont prises en fonction des besoins pratiques et des souhaits personnels du patient, de façon à dispenser des soins de qualité.

Cette prise en charge s'inscrit dans divers cadres qui vont de l'hôpital au domicile en passant par les centres de soins palliatifs. Dans l'optique de la continuité des soins, elle peut être intégrée aux structures hospitalières ou assurée à domicile, moyennant une coordination avec les professionnels de santé habituels ou l'intervention de spécialistes formés à la médecine palliative. Du fait que les soins palliatifs sont centrés sur le patient et l'accompagnement des familles, ils donnent lieu à des approches novatrices ; les professionnels de santé reçoivent une formation particulière à la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins. À un stade avancé de maladies comme le cancer ou la démence, la démarche semble apporter des améliorations en termes de qualité de vie et de responsabilisation, grâce à un meilleur contrôle des symptômes. Les patients et les familles se déclarent généralement plus satisfaits de la qualité des soins prodigués. Bien que les données disponibles soient limitées en termes d'efficacité, les résultats montrent que les soins palliatifs améliorent la qualité des soins et la qualité de la vie, car ils réduisent les souffrances et sont plus satisfaisants pour le patient et son entourage familial (Gelfman, 2008).

Des travaux récents ont montré que les programmes de soins palliatifs étudiés en milieu hospitalier affichaient un bon rapport coût-efficacité et permettaient même de réaliser des économies. Les consultations de soins palliatifs à l'hôpital ont contribué à améliorer les soins cliniques et à réduire l'utilisation d'unités de soins intensifs coûteuses (Morrison *et al.*, 2008). Le rapprochement a pu être fait entre l'existence de telles consultations et des séjours moins longs à l'hôpital (Smith et Cassel, 2009).

Au lieu de s'attaquer à la maladie en déployant des technologies au coût très élevé et des thérapies efficaces, à l'aide de professionnels de santé dispensant des traitements connus conformément aux pratiques exemplaires, les soins palliatifs mettent le patient au cœur du dispositif et lui donnent la possibilité de se prendre en main. Administrés en fin de vie, les soins palliatifs sont mieux à même de répondre aux souhaits du patient et de sa famille, et peuvent éviter des traitements agressifs et coûteux. Étant entendu que les affections chroniques nécessitant des soins de longue durée sont en augmentation dans les pays développés, les soins palliatifs à domicile semblent devoir améliorer la qualité des soins et convenir davantage aux patients tout en réduisant les pressions exercées sur les ressources hospitalières. Si certaines des économies générées par les soins palliatifs à domicile sont généralement liées aux soins plus informels prodigués par la famille, le taux de satisfaction des aidants s'avère élevé (Carter *et al.*, 2010).

Les soins en fin de vie ont un coût très élevé, notamment pour les cancers. Plus le taux de survie augmente, plus les services de cancérologie pèsent sur des ressources limitées. La fin de vie, souvent considérée comme la phase la plus coûteuse du processus, est particulièrement visée par les efforts d'amélioration du rapport coût-efficacité. Or les soins palliatifs peuvent se substituer aux soins hospitaliers classiques de façon plus efficace (Garcia-Perez, 2009) et plus avantageuse (Remonay, 2005). S'agissant du cancer, la poursuite des soins à domicile peut être préférable pour les patients et les familles. Par rapport aux thérapies habituellement administrées en milieu hospitalier, les soins palliatifs offrent des solutions de remplacement pour la prise en charge à long terme des maladies chroniques, des cancers en phase terminale et des démences, qui font partie des domaines de pathologie les plus coûteux dans les pays développés.

### ***Coordination des soins et VIH/SIDA***

Avec l'arrivée de traitements efficaces, le SIDA a cessé d'être une maladie transmissible mortelle pour devenir une maladie chronique qui nécessite une bonne coordination des soins. Dans un premier temps, cette coordination a surtout concerné les

pays de l'OCDE, pour lesquels le traitement du SIDA était abordable, mais la baisse des prix et les efforts concertés déployés par la communauté internationale pour améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale ont fait grimper le nombre de personnes infectées qui suivent un traitement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Un consensus se dégage autour de l'idée qu'il faut passer d'un modèle exclusivement axé sur les soins aigus à un modèle de soins chroniques plus large incluant les antirétroviraux. Ces nouvelles façons d'envisager le SIDA s'expliquent notamment par la nécessité de traitements médicamenteux complexes, faute de quoi un phénomène semblable à la résistance aux antibiotiques risque de se développer alors que la résistance du VIH à plusieurs médicaments va en augmentant.

La coordination des soins doit prendre en compte les divers besoins médicaux et sociaux des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Au début du processus, le suivi clinique doit privilégier la lutte contre les infections opportunistes. À un stade plus avancé, il faut que les soins palliatifs aillent de pair avec la prise en charge sociale. En outre, la prévention doit rester une priorité pour les personnes vivant avec le SIDA. Les approches globales de la prestation de soins englobent aussi la gestion individualisée, souvent assurée par des agents de santé de proximité ou des intervenants-pivots. Dans une optique de continuité des soins (Praag et Tarantola, 2001), il convient de proposer une aide psychologique avant de répondre aux besoins cliniques particuliers des patients. Les liens de synergie établis de fait entre les différents niveaux de soins (domicile et quartier, soins primaires, secondaires, tertiaires) appellent une définition claire des attributions et des fonctions à l'intérieur de chaque composante de l'ensemble.

Les fonctions essentielles des responsables de la gestion individualisée des cas sont les mêmes que pour d'autres maladies : évaluation des besoins, établissement d'un plan de prise en charge, mise en relation avec les services compétents, suivi de l'état du patient et efforts de sensibilisation ou élimination des obstacles (Piette *et al.*, 1992). Beaucoup d'études montrent que le suivi personnalisé donne de meilleurs résultats face au SIDA (Katz *et al.*, 2001 ; Sherer *et al.*, 2002 ; Twyman et Libbus, 1994 ; Havens *et al.*, 1997). À en juger par la plupart des travaux, il a pour corollaires un meilleur respect du traitement, une diminution des besoins non satisfaits et une qualité de vie accrue en termes de santé (Chernesky, 1999 ; Kushel *et al.*, 2006). D'autres études ont comparé les formes de gestion individualisée, selon qu'elle est organisée à l'hôpital ou en ville (London *et al.*, 1998 ; Payne *et al.*, 1992). De façon générale, la deuxième solution tend à l'emporter dans les pays de l'OCDE, comme pour la prise en charge d'autres maladies chroniques. D'après plusieurs études, le recours à des professionnels de santé de proximité apporte aux patients une amélioration de la santé et des soins (Gary *et al.*, 2004 ; Fedder *et al.*, 2003).

## 8. Savoir mettre à profit la coordination des soins

Le principal enjeu de la coordination consiste à avoir une vue d'ensemble des diverses ressources mobilisées au service des malades chroniques. Comme indiqué précédemment, plusieurs démarches sont envisageables – mais aucun modèle ne saurait apporter la solution à lui seul. Mieux vaut tirer les enseignements des réussites et des échecs observés jusqu'à présent – et proposer des mesures susceptibles d'accroître les avantages qu'une meilleure coordination peut apporter aux systèmes de santé. Il convient de rappeler que la coordination a un prix, qui doit être contrebalancé par un gain. Le rôle du patient et de son entourage familial dans le processus de soins est également à souligner.



### ***Incitations***

Beaucoup de pays de l'OCDE proposent de plus en plus des incitations financières pour encourager les prestataires à améliorer la qualité de la prise en charge des maladies chroniques. Dans la plupart des dispositifs de paiement à la performance (PàP), l'augmentation de la rémunération est subordonnée à l'utilisation de mesures de prévention ou au respect de recommandations. Les résultats sont comparables à ceux des programmes de gestion thérapeutique. Ils n'ont pas été systématiquement mesurés. La plupart des évaluations laissent supposer que les dispositifs de PàP ont un effet, mais celui-ci n'a rien d'impressionnant. Comme pour les programmes de gestion thérapeutique, l'intervention elle-même a un coût. Ainsi, au Royaume-Uni, le Quality and Outcome Framework (QOF) a coûté très cher et fait considérablement augmenter la rémunération des médecins généralistes sans améliorer sensiblement la qualité des soins.

Même si les dispositifs de PàP n'ont pas eu d'effet spectaculaire, il faut que les incitations soient harmonisées pour que les résultats s'en ressentent. Leur efficacité dépend fortement des relations contractuelles entre les prestataires et les payeurs (paiement à l'acte ou capitation). Les systèmes de rémunération devraient voir dans la coordination un service à rétribuer, étant donné son importance pour la prise en charge des maladies chroniques. Par ailleurs, il faudrait que les incitations soient harmonisées pour favoriser le travail d'équipes pluridisciplinaires qui coordonnent les informations. Les incitations peuvent aussi contribuer à modifier le comportement des prestataires, notamment en termes de respect de recommandations de pratique clinique de référence.

### ***Obstacle lié aux TIC***

Alors que les technologies de l'information et des communications (TIC) paraissent propices à la coordination, elles restent peu utilisées jusqu'à présent dans bien des pays, en dépit des efforts accrus déployés par les pouvoirs publics et de progrès technologiques notables. D'après les résultats du questionnaire de l'OCDE, les informations sur les dossiers médicaux et les besoins des patients sont « souvent » mises en commun par les prestataires dans la moitié seulement des pays considérés. Il reste encore beaucoup à faire pour parvenir au niveau de HealthConnect, le système de Kaiser Permanente, et à des systèmes d'information interconnectés qui pourraient éviter la répétition des analyses, réduire les erreurs de traitement, envoyer automatiquement des messages incitant à prendre des mesures préventives, etc.

### ***Contraintes du côté de l'offre – les effectifs***

Dans la plupart des pays, l'offre de soins s'est déplacée du milieu hospitalier vers l'extérieur de l'hôpital, car le progrès des technologies permet de prendre en charge un plus grand nombre de personnes dans un cadre ambulatoire. Des équipes pluridisciplinaires, associant des personnels médicaux et non médicaux, doivent être mises sur pied pour apporter des soins plus cohérents à des patients souffrant de multiples pathologies. Les systèmes qui font la part belle à des prestataires exerçant dans des cabinets individuels et rémunérés à l'acte sont peut-être moins à même de répondre aux besoins des malades chroniques. Il faut plutôt que le médecin généraliste devienne le pivot d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels qui s'occupent des mêmes patients.

### *Transition vers les soins de longue durée*

Une étude européenne a montré que la prise en charge des patients lors de la transition vers des soins de longue durée était facilitée si les modèles de soins envisageaient explicitement la coordination/l'intégration comme un travail à part entière, impliquant des compétences et des méthodes spécifiques, et faisaient autrement dit de la coordination une véritable profession (Leichsenring *et al.*, 2004). À cet égard, il ressort que l'action menée auprès des équipes en faveur d'une « culture commune » atténue en partie la résistance opposée par les prestataires médicaux aux approches pluridisciplinaires (Coxon *et al.*, 2004). Aussi le profil des professionnels de santé, à commencer par ceux qui prennent part aux tâches de coordination, doit-il être adapté pour relever le défi complexe consistant à articuler le volet curatif et le soin dans la prise en charge des malades chroniques.

## 9. Conclusions

Les projets pilotes de Medicare donnent à réfléchir, tout comme le constat décevant que la prévention ne fait pas baisser les coûts. Si ces investissements ne génèrent pas d'économies pour le système de santé, ils pourraient bien apporter des améliorations sanitaires de façon efficace par rapport aux coûts. Les programmes de gestion thérapeutique devraient être considérés comme des « technologies de soins » parmi d'autres, au même titre que les médicaments, et peut-être conviendrait-il de les évaluer suivant des critères comparables. Au lieu de s'interroger sur ces interventions en termes d'économies, il faudrait se demander si elles permettent d'optimiser l'utilisation des ressources ou d'obtenir une amélioration des résultats à la hauteur des dépenses. Dans ces termes plus souples, beaucoup des interventions considérées s'avèreraient sans doute efficaces par rapport aux interventions classiques. Certains projets des CMS font d'ailleurs apparaître quelques économies. Moyennant un meilleur ciblage, le rapport coût-efficacité de plusieurs programmes augmenterait.

L'exemple de systèmes intégrés comme Kaiser Permanente montre que tous les éléments de l'intégration doivent être réunis pour déboucher sur une utilisation optimale des ressources. Il faut non seulement des structures et des supports techniques, mais aussi une culture et une stratégie (Shortell, 2000). Une intégration partielle ne donnera pas d'aussi bons résultats. Toutefois, certains domaines laissent entrevoir des perspectives particulièrement intéressantes, notamment la santé mentale et les soins palliatifs.

Une meilleure coordination des soins *devrait pouvoir* améliorer les résultats en matière de santé, en évitant l'annulation d'une intervention par une autre et les doubles emplois, ou en veillant à ce que tous les acteurs, à commencer par le patient, sachent qui fait quoi, comment et quand (questions trop souvent négligées). Or le décalage est plus ou moins grand entre ces effets escomptés et beaucoup des réalités décrites précédemment. Souvent, les avantages de la coordination ne répondent pas aux attentes ou restent à prouver. Pourquoi la coordination des soins a-t-elle tant de mal à tenir ses promesses ?

De toute évidence, les soins coordonnés sont d'autant plus concluants que le système est conçu d'emblée dans cette optique. Doivent y concourir aussi bien les structures (soins hospitaliers et ambulatoires), les supports techniques (recommandations dûment fondées, outils d'aide à la décision, système informatisé commun) et les mécanismes incitatifs que la culture et la stratégie. Comme l'ont montré plusieurs études (voir par exemple Shortell, 2000), si elle est plaquée sur un ensemble disparate de praticiens, de patients et de pathologies, la coordination absorbe beaucoup de ressources et, quels que

soient les résultats sanitaires, a peu de chances, voire aucune, de se traduire par des économies. Une démarche moins ambitieuse, axée sur des affections données ou sur des incohérences particulièrement criantes du système, peut s'avérer plus rentable. Ainsi s'explique peut-être la réussite des programmes de gestion thérapeutique en Allemagne et en Autriche. Des domaines comme la santé mentale et les soins palliatifs ont aussi tout à gagner d'une intégration partielle, de même que la transition vers les soins de longue durée.

Comme pour presque tous les aspects des politiques de santé (et de l'action publique en général), les éléments et outils d'appréciation de la coordination des soins sont lacunaires et imparfaits. La manière dont les programmes de gestion thérapeutique appliqués par les États-Unis ont été adaptés aux soins primaires en Allemagne montre qu'il y a tout intérêt à s'inspirer des expériences respectives ; elle a valeur d'exemple pour d'autres pays, surtout là où les soins de santé sont achetés par des caisses d'assurance. À cet égard, l'emploi de critères d'évaluation plus harmonisés faciliterait les comparaisons internationales et permettrait de tirer des enseignements utiles. Par ailleurs, il importe de mieux cerner les problèmes récurrents posés par les maladies chroniques dans les systèmes de santé modernes, ainsi que les instruments les plus efficaces, et dans quelles conditions, avant de chercher à transposer ailleurs des formules couronnées de succès dans un contexte donné.

Normalement, les systèmes de santé devraient pouvoir se rapprocher de la prise en charge des maladies chroniques imaginée par Wagner, mais le moment est peut-être venu de repenser ce modèle conçu à une époque où les soins de santé faisaient la part belle aux médecins. Aujourd'hui, les droits des usagers ayant pris plus d'importance dans les systèmes de santé, on s'oriente vers un nouveau modèle qui valorise le rôle des patients. D'où la perspective d'une montée en puissance des budgets personnels et des associations de patients – domaine pratiquement inexploré pour beaucoup de systèmes de santé des pays de l'OCDE, qui laisse espérer une meilleure utilisation des ressources consacrées au traitement des maladies chroniques.

## Notes

1. Si, pour près de trois pays sur quatre, c'est un généraliste qui prend en charge la transition entre prestation de soins primaires et consultation ambulatoire de spécialistes, la probabilité d'orientation à partir du niveau des soins primaires diminue lors des transitions ultérieures à tel point que, pour un pays sur cinq seulement, l'orientation des patients est « souvent » assurée par un prestataire de soins primaires.
2. Toutefois, 30 % des pays indiquent que les hôpitaux réorientent rarement leurs patients vers les prestataires de soins primaires, ce qui conduit à penser, par exemple, que les problèmes de transmission des informations peuvent être importants dans beaucoup de pays.
3. De surcroît, les pays les plus sensibilisés aux problèmes rencontrés à ces interfaces sont aussi ceux qui se préoccupent fortement des questions d'efficacité d'une manière générale (voir graphique 5.2).

4. À titre d'exemple, Boerma (2003) constate que les visites à domicile sont plus probables si les prestataires sont payés à l'acte, et que les généralistes consacrent moins de temps aux patients dans les pays où ils exercent selon un modèle de rémunération mixte incluant la capitation (par rapport aux pays où les praticiens sont salariés ou rémunérés à l'acte).
5. Les meilleures performances ont été en partie attribuées au rôle important des systèmes de TIC pour ces deux organismes américains. Dans ce cas, le paiement à la performance a également été perçu comme ayant un impact positif.
6. Le rapport indique aussi qu'aux États-Unis, plusieurs autres facteurs peuvent réduire l'impact de ces programmes, notamment l'absence de couverture maladie, les obstacles culturels dans le cas des minorités ethniques, l'éloignement des structures de soins, les co-morbidités et les troubles mentaux.

## ***Bibliographie***

- AOK-Bundesverband (2009a), « Chronikerprogramme lohnen sich », *Gesundheit und Gesellschaft*, 6/2009.
- AOK-Bundesverband (2009b), « Programme de gestion thérapeutique », *Gesundheit und Gesellschaft*, Spezial 9/2009.
- Bevan, R.G. et W. Van de Ven (2010), « Choice of Provider and Mutual Healthcare Purchaser: Can the English National Health Service Learn Dutch Reform », *Health Economics, Policy and Law*, pp. 1-27.
- Bodenheimer, T., E.H. Wagner et K. Grumbach (2002), « Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness », *Journal of the American Medical Association*, vol. 14, pp. 1775-1779.
- Boerma, W.G.W. (2003), *Profiles of General Practice in Europe: An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners*, NIVEL, Utrecht.
- Bott, D.M., M.C. Kapp, L.B. Johnson et L.M. Magno (2009), « Disease Management for Chronically Ill Beneficiaries in Traditional Medicare », *Health Affairs*, vol. 28, n° 1, pp. 86-98.
- Bundesministerium der Justiz (2008), « Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung », Bundesministerium der Justiz (Ministère fédéral de la Justice), Berlin, consultable à l'adresse [www.bundesrecht.juris.de/rsav/BJNR005500994.html](http://www.bundesrecht.juris.de/rsav/BJNR005500994.html).
- Carter, G.L. *et al.* (2010), « Caregiver Satisfaction with Out-patient Oncology Services: Utility of the FAMCARE Instrument and Development of the FAMCARE-6 », *Support Care Cancer*, mis en ligne le 28 mars 2010.
- Chernesky, R.H. (1999), « A Review of HIV/AIDS Case Management Research », *Care Management Journal*, vol. 1, pp. 105-113.
- Coxon, K. *et al.* (2004), « Inter-professional Working and Integrated Care Organizations », in J. Billings et K. Leichsenring (dir. pub.), *Long-term Care in Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Evidence from Nine European Countries*, Ashgate, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienne.
- Darzi, Lord (2008), « High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report », Department of Health, Royaume-Uni.
- Duncan, I. (2004), « Dictionary of Disease Management Terminology », *Disease Management Association of America*, Washington, DC.
- Feachem, R.G.A., N.K. Sekhri et K.L. White (2002), « Getting More for Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, n° 324, pp. 135-143.
- Fedder, D.O., R.J. Chang, S. Curry et G. Nichols (2003), « The Effectiveness of a Community Health Worker Outreach Program on Healthcare Utilization of West Baltimore City Medicaid Patients with Diabetes, With or Without Hypertension », *Ethnicity and Disease*, vol. 13, pp. 22-27.

- Garica-Perez, L. *et al.* (2009), « A Systematic Review of Specialised Palliative Care for Terminal Patients: Which Model is Better? », *Palliative Medicine*, vol. 23, n° 1, pp. 17-22.
- Gary, T.L., M. Batts-Turner, L.R. Bone *et al.* (2004), « A Randomized Controlled Trial of the Effects of Nurse Case Manager and Community Health Worker Team Interventions in Urban African-Americans with Type 2 Diabetes », *Controlled Clinical Trials*, vol. 25, pp. 53-66.
- Gelfman, L.P. (2008), « Does Palliative Care Improve Quality? A Survey of Bereaved Family Members », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 36, n° 1, pp. 22-28.
- Glied, S., K. Herzog et R. Frank (2010), « The Net Benefits of Depression Management in Primary Care », *Medical Care Research and Review*, vol. 67, n° 3, pp. 251-274.
- Graf, C., T. Elkeles et W. Kirschner (2009), « Is there a Selection Bias in Disease Management Programmes for Diabetes Care? Results of a National Insurance Survey Regarding DMP-participants and Non-participants », *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 85, pp. 74-81.
- Ham, C. (2008), « Incentives, Priorities and Clinical Integration in the NHS », *The Lancet*, vol. 371, pp. 98-100.
- Havens, P.L., B.E. Cuene, J.R. Hand *et al.* (1997), « Effectiveness of Intensive Nurse Case Management in Decreasing Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus Infection in Wisconsin », *Pediatric Infectious Disease*, vol. 16, pp. 871-875.
- Hibbard, J.H., J. Stockard, E.R. Mahoney et M. Tusler (2004), « Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers », *Health Services Research*, vol. 39, pp. 1005-1026.
- Hofmarcher, M.M., H. Oxley et E. Rusticelli (2007), « Improved Health System Performance through Better Care Coordination », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 30, Éditions de l'OCDE, Paris.
- IGAS (2006), « Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de 'disease management' », Rapport présenté par Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, Inspection générale des affaires sociales, Paris.
- IMAI/IMCI, publications de l'OMS relatives à la PCIMAA/PCIME consultables à l'adresse [www.who.int/hiv/pub/imai/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/imai/en/index.html).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009), *Qualitätsbericht Ausgabe*.
- Katz, M.H., W.E. Cunningham, J.A. Fleishman *et al.* (2001), « Effect of Case Management on Unmet Needs and Utilization of Medical Care and Medications among HIV-infected Persons », *Annals of Intern Medicine*, vol. 135, pp. 557-565.
- Kushel, M.B., G. Colfax, K. Ragland *et al.* (2006), « Case Management is Associated with Improved Antiretroviral Adherence and CD4+ Cell Counts in Homeless and Marginally Housed Individuals with HIV Infection », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 43, pp. 234-242.
- Leichsenring, K. *et al.* (2004), « Moments of Truth. An Overview of Pathways to Integration and Better Quality », in J. Billings et K. Leichsenring (dir. pub.),

*Long-term Care in Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Evidence from Nine European Countries*, Ashgate, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienne.

- Lewis, G. (2010), « Impactability Models: Identifying Subgroups of High Risk Patients Most Amenable to Hospital Avoidance Programs », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 88, n° 2.
- London, A.S., A.J. LeBlanc et C.S. Aneshensel (1998), « The Integration of Informal Care, Case Management and Community-based Services for Persons with HIV/AIDS », *AIDS Care*, vol. 10, pp. 481-503.
- Miksch, A., G. Laux, D. Ose, S. Joos, S. Campbell, B. Riens et J. Szecsenyi (2010), « Is There a Survival Benefit Within a German Primary Care-based Disease Management Program? », *American Journal of Managed Care*, vol. 16, n° 1, pp. 49-54.
- Morrison, S.P. *et al.* (2008), « Cost Savings Associated with US Hospital Palliative Care Consultation Programs », *Archives of Internal Medicine*, vol. 168, n° 16, pp. 1783-1790.
- Nolte, E., C. Knai, M. McKee (2009), « Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries », EURO Nonserial Publication Series, vol. 15, Observatory Studies Series, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, Europe.
- ONUSIDA (2001), « SIDA : Soins palliatifs », ONUSIDA Actualisation, consultable à l’adresse [www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/CareAndSupport/PalliativeCare/default.asp](http://www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/CareAndSupport/PalliativeCare/default.asp).
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004), *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l’histoire*, OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (OMS/Europe) (2006), *Améliorer la santé – Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte*, OMS, Copenhague.
- Ose, D., M. Wensing, J. Szecsenyi *et al.* (2009), « Impact of Primary Care-based Disease Management on the Health-related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes and Co-morbidity », *Diabetes Care*, vol. 32, n° 9, pp. 1594-1596.
- Payne, F.J., C.S. Sharrett, D.N. Poretz *et al.* (1992), « Community-based Case Management of HIV Disease », *American Journal of Public Health*, vol. 82, pp. 893-894.
- Piette, J., J.A. Fleishman, V. Mor et B. Thompson (1992), « The Structure and Process of AIDS Case Management », *Health and Social Work*, vol. 17, pp. 47-56.
- Praag, E.V. et D. Tarantola (2003), « Évaluation des programmes de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA », *Évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA (prévention, soins, assistance) dans les pays en développement : Guide à l’intention des directeurs de programme et des décideurs*, Family Health International, consultable à l’adresse [www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/Archive/evalchap/evaluatehiv.htm](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/Archive/evalchap/evaluatehiv.htm).
- Remonay, R. *et al.* (2005), « Cancer Treatment at Home or in the Hospital: What Are the Costs for French Public Health Insurance? Findings of a Comprehensive-cancer Centre » *Health Policy*, vol. 72, n° 2, pp. 141-148.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), « Cooperation and Responsibility, Prerequisites for Target-Oriented Health Care ».
- Schoen, C., R. Osborn, S.K.H. How, M.M. Doty et J. Peugh (2008), « In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries », *Health Affairs*, sur le web uniquement, w1-w16 (consultable à l'adresse <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.28.1.w1?ijkey=cOSQSi1j6fDlo&keytype=ref&siteid=healthaff>).
- Sherer, R., K. Stieglitz, J. Narra *et al.* (2002), « HIV Multidisciplinary Teams Work: Support Services Improves Access to and Retention in HIV Primary Care », *AIDS Care*, vol. 14, pp. 31-44.
- Shortell, S.M., R.R. Gillies, D.A. Anderson (2000), *Remaking Healthcare in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*, 2<sup>nd</sup> ed., San Francisco.
- Singh, D. et C. Ham (2006), « Improving Care for People with Long-term Conditions: A Review of UK and International Frameworks », Health Services Management Centre, consultable à l'adresse [www.improvingchroniccare.org/downloads/review\\_of\\_international\\_frameworks\\_chris\\_hamm.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review_of_international_frameworks_chris_hamm.pdf).
- Smith, T.J. et J.B. Cassel (2009), « Cost and Non-clinical Outcomes of Palliative Care », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 38, n° 1, pp. 32-44.
- Sönnichsen, A., A. Rinnerberger, M. Url, H. Winkler, P. Kowatsch, G. Klima, B. Furthauer et R. Weitgasser (2008), « Effectiveness of the Austrian Disease-management Programme for Type 2 Diabetes: Study Protocol of a Cluster Randomised Controlled Trial », *Trials Journal*, vol. 9, pp. 38-45.
- Twyman, D.M. et M.K. Libbus (1994), « Case Management of AIDS Clients as a Predictor of Total In-patient Hospital Days », *Public Health Nursing*, vol. 11, pp. 406-411.
- Vargas, R.B. et W.E. Cunningham (2007), « Evolving Trends in Medical Care-coordination for Patients with HIV and AIDS », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 3, n° 4.
- Wagner, E.H., B.T. Austin et M. Von Korff (1996), « Organizing Care for Patients with Chronic Illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 74, n° 4, pp. 511-544.
- Wagner, E.H., B.T. Austin, C. Davis, M. Hindmarsh, J. Schaefer et A. Bonomi (2001), « Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6.
- Weber, C. et K. Neeser (2006), « Using Individualized Predictive Disease Modeling to Identify Patients with the Potential to Benefit from a Disease Management Program for Diabetes Mellitus », *Disease Management*, vol. 9, n° 4, pp. 242-256.



## Chapitre 6

### Optimiser les dépenses de médicaments

*Les politiques pharmaceutiques des pays de l'OCDE sont généralement centrées sur trois grands objectifs : favoriser l'accès des patients à des médicaments d'un coût abordable, contenir la progression des dépenses publiques et mettre en place des incitations destinées à l'innovation future. Ce chapitre présente un bref aperçu des politiques actuelles de fixation des prix et de remboursement des produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE, ainsi que des mesures à court terme adoptées face à la crise économique. Il met ensuite l'accent sur deux aspects importants : les décisions de couverture des nouveaux produits au coût élevé et/ou aux bénéfices incertains, et le développement des marchés des produits génériques.*

## 1. Introduction

Dans leurs politiques pharmaceutiques, les pays de l'OCDE s'efforcent de trouver un équilibre entre trois grands objectifs : favoriser l'accès des patients à des médicaments d'un coût abordable, contenir la progression des dépenses publiques et mettre en place des incitations aux fins de l'innovation future.

Les pays ont adopté des approches différentes pour concilier ces objectifs en fonction de l'organisation générale de leurs systèmes de santé. Dans la grande majorité des pays de l'OCDE, la couverture des médicaments est réglementée à l'échelon central de façon à offrir à la population un ensemble de prestations standardisées, comme pour les autres prestations de santé. Les prix (ou les prix remboursés) des produits pharmaceutiques couverts par le système public sont aussi réglementés. Dans d'autres pays, les assureurs privés ou publics définissent les conditions de prise en charge des médicaments pour leurs assurés, dans un environnement plus ou moins réglementé. Dans tous les cas, les organismes payeurs doivent décider quels sont les médicaments qui seront couverts et à quel prix (pour l'assureur et pour le patient).

Pour encourager l'innovation dans le secteur pharmaceutique, les pays ont recours à toute une série de mesures, comme les investissements publics dans la recherche fondamentale, l'octroi de crédits d'impôt pour les dépenses privées de R-D, l'éducation et la formation d'une main-d'œuvre hautement qualifiée et la protection des droits de propriété intellectuelle. Comme il est souligné dans la stratégie de l'OCDE pour l'innovation (OCDE, 2010b), les pays pourraient faire plus pour renforcer l'innovation, qui est un facteur essentiel contribuant à la croissance économique et au bien-être des sociétés. Cependant, les politiques en matière d'innovation proprement dites ne sont pas abordées dans ce chapitre, qui traite principalement des politiques en matière de prix et de remboursement.

Le principal objectif de ce chapitre est de décrire l'évolution récente des politiques pharmaceutiques. La première section présente des données actualisées sur les dépenses de médicaments et les sources de financement. La deuxième section décrit brièvement les politiques de fixation des prix et de remboursement des médicaments dans les pays de l'OCDE. La troisième section examine les expériences récentes d'accords innovants sur les prix et la dernière section présente des initiatives publiques récentes visant à obtenir une meilleure efficacité des sommes dépensées sur le marché des produits hors brevet.

## 2. Les dépenses pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE

Les dépenses pharmaceutiques<sup>1</sup> représentent 17% de l'ensemble des dépenses de santé et, en moyenne, 1,5 % du PIB des pays de l'OCDE (graphique 6.1). Toutefois, on observe une forte dispersion autour de ces moyennes : les dépenses pharmaceutiques représentent seulement 8 % du total des dépenses de santé en Norvège, alors qu'elles absorbent 32% des dépenses de santé en Hongrie et plus de 25% en Turquie, en République slovaque et au Mexique. Le montant des dépenses par habitant (en USD PPA) s'échelonne entre 132 au Chili et 897 aux États-Unis, reflétant en cela les différences importantes qui existent entre pays en termes de volume et de prix des médicaments (graphique 6.2).

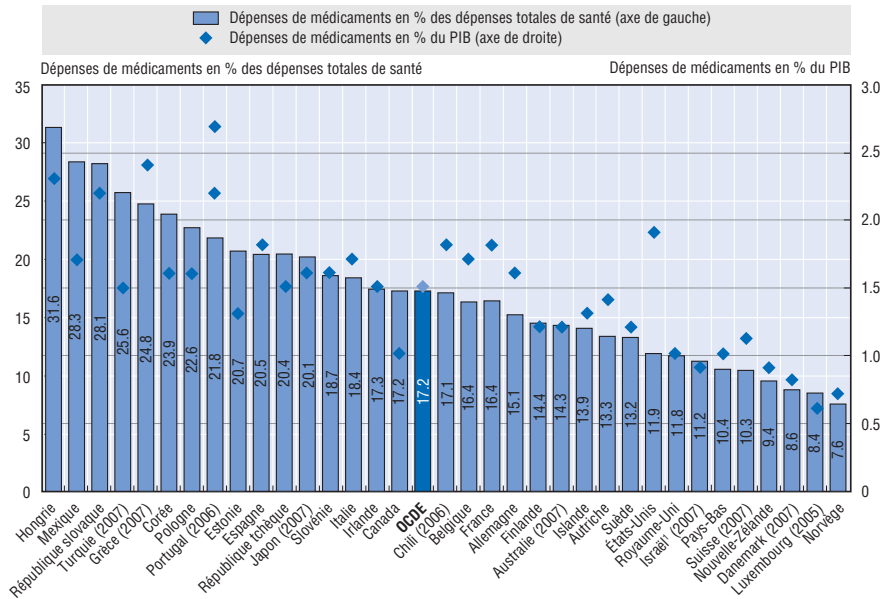
Les dépenses de médicaments dans le secteur ambulatoire sont financées principalement par les régimes publics dans tous les pays sauf sept (Italie, Islande, Estonie, Canada, Pologne, États-Unis et Mexique). Les financements publics se montent à plus des trois quarts des dépenses de médicaments dans un petit nombre de pays : Allemagne, Grèce, Pays-Bas, Royaume-Uni et Luxembourg (voir graphique 6.3). Les assurances privées jouent un rôle important dans le financement des médicaments aux États-Unis (37 %), au Canada (30 %), en Slovénie (26 %) et en France (17 %), par le biais de mécanismes différents toutefois. Aux États-Unis et au Canada, l'assurance privée offre une couverture primaire pour les médicaments à une proportion significative de la population (voir encadré 6.2), tandis qu'en France, elle ne couvre que le ticket modérateur à payer après prise en charge par l'assurance sociale maladie.

Dans le passé, les dépenses de médicaments progressaient à un rythme plus rapide que les dépenses totales en santé des pays développés. Cette tendance s'est aujourd'hui inversée : entre 2003 et 2008, les dépenses de médicaments réelles ont augmenté, en moyenne, de 3.1 % par an dans les pays de l'OCDE, alors que les dépenses totales en santé se sont accrues de 4.5 % (voir graphique 6.4). Pendant cette période, la croissance des dépenses de médicaments n'a dépassé celle des dépenses totales en santé que dans neuf pays de l'OCDE : la Grèce, l'Irlande, le Mexique, le Japon, l'Australie, le Portugal et l'Allemagne. En Norvège, au Luxembourg, en Italie et au Chili, la croissance réelle des dépenses de médicaments a même été négative.

La crise qui a frappé l'économie mondiale en 2008 affecte d'ores et déjà le marché pharmaceutique. Les données IMS sur l'évolution du marché trimestre par trimestre, suivie du premier trimestre 2008 au quatrième trimestre 2009 pour l'Organisation mondiale de la santé<sup>2</sup>, font apparaître une baisse significative de la consommation (de l'ordre de 12 % à 25 %) pendant au moins un trimestre (en comparaison avec le trimestre correspondant de l'année précédente) dans plusieurs pays : en République tchèque, en Estonie, en Slovénie et dans le cadre des programmes publics en Russie. Cependant, la baisse de la consommation ne peut pas être imputée sans aucun doute possible à la crise. En République tchèque, par exemple, la baisse résulte probablement de réformes qui ont précédé la récession.

Certains gouvernements, confrontés à de fortes contraintes budgétaires, ont adopté en 2009 ou 2010 des mesures vigoureuses pour réduire la progression des dépenses de médicaments. En Irlande et en Grèce, par exemple, où les dépenses de médicaments augmentaient à un rythme très rapide, les gouvernements ont appliqué des mesures d'urgence – principalement de fortes réductions des prix – et ont annoncé la mise en œuvre de politiques plus structurelles (voir encadré 6.1). Dans d'autres pays, comme la France, l'Allemagne ou le Royaume-Uni, les réductions de prix ou les rabais sur les médicaments ont souvent été utilisés comme variables d'ajustement pour contenir la progression des dépenses de santé (France), combler les déficits de l'assurance maladie (Allemagne) ou plafonner les profits des sociétés pharmaceutiques sur les ventes au National Health service (Royaume-Uni).

**Graphique 6.1. Dépenses de médicaments en 2008 en proportion des dépenses totales de santé et du PIB, 2008**

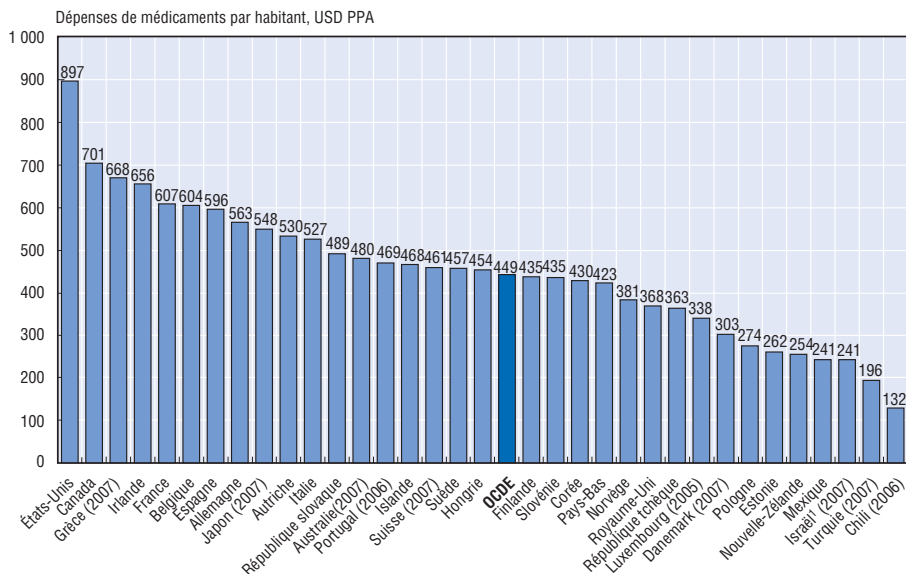


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a), base de données OMS-CNS et estimations du Secrétariat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331733>

**Graphique 6.2. Dépenses de médicaments par habitant, 2008**

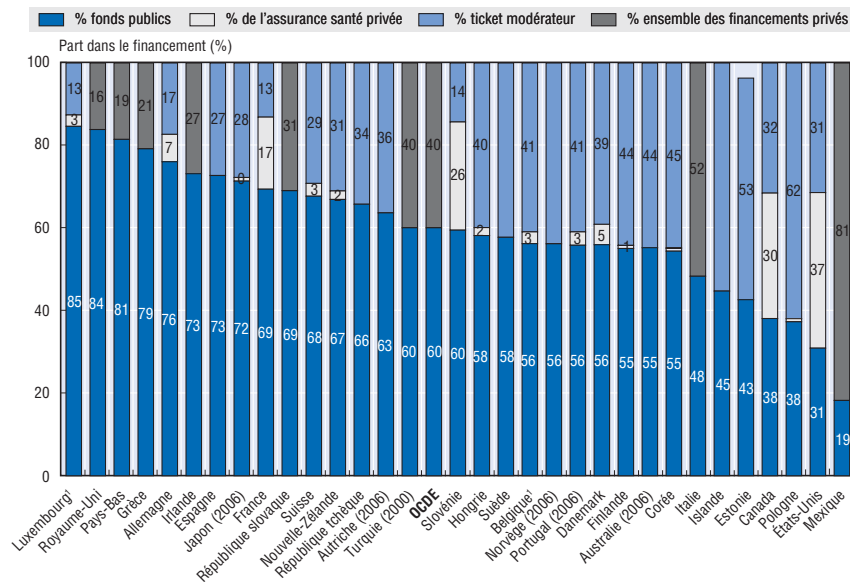


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a), base de données OMS-CNS et estimations du Secrétariat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331752>

**Graphique 6.3. Dépenses de médicaments par source de financement, 2007**



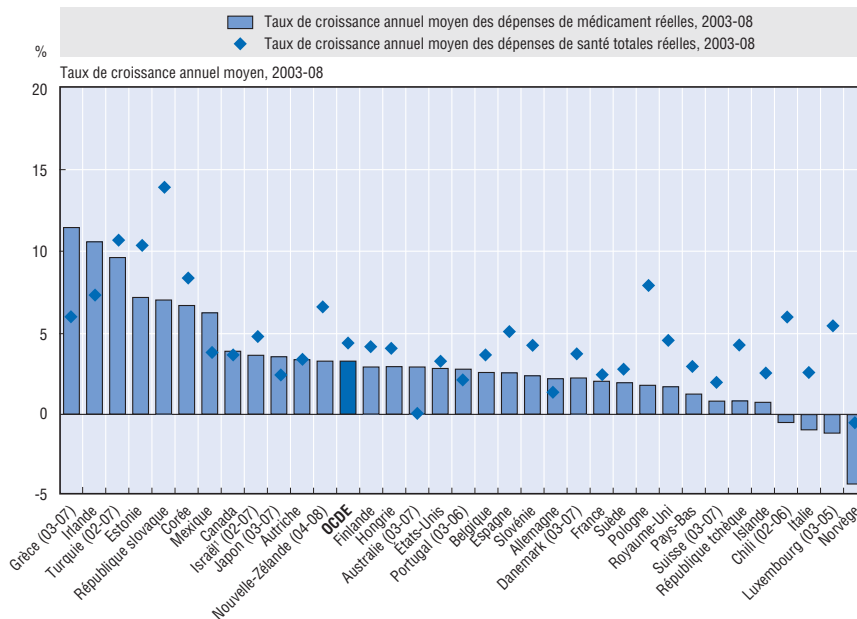
Note : En Estonie, 4 % des dépenses de médicaments sont financés par des sociétés du secteur privé (autres que l'assurance santé).

1. Le Luxembourg et la Belgique n'ont fourni aucune estimation pour les médicaments en vente libre – autrement dit les chiffres concernent uniquement les médicaments de prescription.

Source : *Système des comptes de la santé 2009*, OCDE (2010a) et estimations du Secrétariat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331771>

**Graphique 6.4. Croissance des dépenses de médicaments, 2003 à 2008**



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous l'autorité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a), base de données OMS-CNS et estimations du Secrétariat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331790>

D'un autre côté, certains pays ont réagi à la crise en prenant des mesures pour assurer l'accès aux soins de santé et aux médicaments. L'Autriche, par exemple, a ramené de 20 à 10% le taux de la TVA sur les produits pharmaceutiques et l'Italie a décidé de distribuer des bons d'aide sociale aux personnes vulnérables (40 EUR par mois) pour l'achat de biens de première nécessité ou de médicaments (Conseil de l'Union européenne, 2009).

### Encadré 6.1. Exemples d'évolutions récentes des politiques de prix des médicaments

En **Allemagne**, le ministre de la Santé a annoncé en avril 2010 un ensemble de mesures à court terme et structurelles. Les rabais consentis par les fabricants sur les prix pharmaceutiques (pour les médicaments ne faisant pas l'objet de prix de référence) ont été relevés de 6 % à 16 % et les prix ont été gelés jusqu'en décembre 2013. À partir de 2011, les sociétés pharmaceutiques seront tenues de fournir des informations à la Fédération conjointe des médecins et des fonds d'assurance maladie (GBA) sur les bénéfices thérapeutiques des nouveaux médicaments, en les comparant aux produits concurrents existants. La GBA évaluera le produit, avec l'aide de l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de santé (IQWiG) si nécessaire. Si le produit n'a pas de valeur thérapeutique ajoutée, il sera classé dans un groupe de médicaments soumis aux prix de référence. S'il en a une, le fabricant sera invité à négocier un rabais avec l'organisme de tutelle des fonds d'assurance maladie. Si les deux parties ne trouvent pas d'accord, une autorité centrale fixera la remise, en recourant au *benchmarking* international des prix. Les fonds d'assurance santé sont autorisés à négocier d'autres rabais avec le fabricant, individuellement ou de façon groupée.

En **Espagne**, le gouvernement a proposé deux modifications de la Loi sur la garantie médicaments (Loi 29/2006) de manière à modifier le prix des médicaments. En premier lieu, le prix des médicaments génériques sera réduit de 25 %. En second lieu, une remise générale de 7.5 % est applicable depuis juillet 2010 à tous les médicaments prescrits par les médecins du Service national de santé et à tous les produits pharmaceutiques achetés par les hôpitaux du Service.

Aux **États-Unis**, la réforme de la santé a abouti à l'introduction de plusieurs mesures destinées à étendre la couverture des médicaments et à contenir les dépenses connexes. Une série de mesures vise à éliminer progressivement le défaut de couverture<sup>1</sup> pour les adhérents au plan de couverture des médicaments de Medicare (Partie D) en instituant des prestations standard d'ici à 2020. Depuis janvier 2010, les bénéficiaires en « défaut de couverture » (c'est-à-dire devant payer l'intégralité des coûts de leurs médicaments) ont droit à une réduction de 250 USD de la part de leur assureur et, à partir de juillet 2010, ils devraient bénéficier de remises obligatoires de 50 % sur les coûts de leurs médicaments de la part des fabricants qui veulent que leurs produits figurent sur la liste des médicaments couverts par la Partie D de Medicare. Le taux de remise sur les médicaments pour Medicaid a été porté à 23.1 % du prix fabricant moyen pour les médicaments de marque, à 17.1 % pour les agents coagulants et les médicaments approuvés exclusivement pour usage pédiatrique et à 13 % pour les médicaments multisource non innovants. La réforme impose également aux fabricants et importateurs de médicaments de marque le paiement d'une redevance annuelle. Le montant de cette redevance a été fixé à 2.5 milliards USD pour 2010 et il est réparti entre les sociétés en fonction de leur volume de ventes. Il doit atteindre 4.1 milliards USD en 2018, puis décroître ensuite.

En **Grèce**, les prix des médicaments ont été abaissés en mars 2010, dans une fourchette de 3 à 27 %, en fonction de leur prix initial. Indépendamment de cette mesure d'urgence, la Grèce revoit sa politique de remboursement et de fixation des prix : une liste positive a été établie ; les trois prix les plus bas dans l'Union européenne serviront de référence pour établir le prix lors de l'entrée sur le marché ; on recourra à la « fixation dynamique des prix » après l'entrée sur le marché (une augmentation annuelle des ventes supérieure à 5 % entraînera une baisse des prix de 2.5 %) ; et un modèle de prix dégressif sera utilisé pour fixer le prix des médicaments génériques.

En **Irlande**, le gouvernement et l'Association irlandaise représentant l'industrie pharmaceutique (entreprises internationales investissant en R-D) sont convenus de baisses de prix de 40 % sur près de 300 médicaments largement prescrits ainsi que d'une augmentation de la remise annuelle consentie par les fabricants au Health Service Executive sur les ventes au secteur public (de 3.53 à 4 %, et davantage pour une commande plus importante). Le gouvernement a décidé d'introduire une franchise (0.50 EUR par prescription, plafonnée à 10 EUR

par mois et par famille) ; il a annoncé l'adoption de prix de référence (montants des remboursements maximum pour des groupes de produits) et le droit pour les pharmaciens de remplacer les produits prescrits par des produits moins chers mais équivalents lorsque possible.

En **République tchèque**, les prix et les remboursements ont été réduits de 7 % en 2009 pour tous les médicaments non affectés par les révisions intervenues en 2008.

Au **Royaume-Uni**, le nouveau Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme (PPRS) signé en décembre 2008 pour cinq ans vise à introduire un mode de fixation des prix en fonction de la valeur pour les médicaments achetés par le NHS. Le gouvernement et l'industrie sont tombés d'accord sur le principe de fixation flexible des prix, qui signifie que les entreprises seront autorisées à augmenter le prix de leurs produits après leur entrée sur le marché. De nouveaux éléments démontrent les bienfaits de leur produit (conformément à l'évaluation du NICE, voir section 4 de ce chapitre). Le NHS a mis en place des accords afin de donner accès aux patients à des médicaments qui ne sont pas jugés coût-efficaces par le NICE. Entre-temps, le PPRS a imposé des réductions de prix de 3.9 % en 2009 et de 1.9 % en 2010, ainsi que des mesures en vue de développer l'utilisation des médicaments génériques.

En **Suisse**, les prix des médicaments remboursés ont été réexaminés en les comparant à ceux de six pays de référence (Autriche, Danemark, France, Allemagne, Pays-Bas et Royaume-Uni), avec une marge de tolérance de 4 % destinée à compenser les variations des taux de change. Ce changement devrait permettre d'économiser environ 400 millions CHF. Parmi les mesures récemment adoptées figurent la révision des prix tous les trois ans ainsi que la révision systématique du prix des produits pour lesquels une nouvelle indication a été approuvée par l'Agence du Médicament suisse.

1. En ce qui concerne la couverture standard des médicaments dans le cadre de Medicare, au-delà d'un certain seuil de dépenses restant à la charge de l'assuré – 2 850 USD en 2010 – les patients doivent payer l'intégralité du coût des médicaments de prescription jusqu'à ce que leur ticket modérateur atteigne 4 550 USD. Au-delà de cette somme, ils sont à nouveau couverts.

Source : Communication des autorités nationales ; Allemagne : [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (communiqué de presse du 28 avril 2010) ; Grèce : [www.sfee.gr/en/price-determination](http://www.sfee.gr/en/price-determination) ; États-Unis : [www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf](http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf) ; Irlande : <http://debates.oireachtas.ie/DDebate.aspx?F=DAL20100119.xml&Node=3052#N3052>, consulté le 29 juin 2010 ; Royaume-Uni : [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/DH\\_091825](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/DH_091825).

Outre ces mesures à court terme, les pays de l'OCDE continueront à poursuivre l'objectif à long terme visant à améliorer l'efficacité des sommes dépensées sans décourager l'innovation. On trouvera dans les paragraphes qui suivent une brève description des politiques actuelles en matière de fixation des prix et de remboursement ainsi que des développements récents en ce domaine.

### 3. Les politiques de fixation des prix et de remboursement dans les pays de l'OCDE

Dans la majorité des pays de l'OCDE, toute la population a droit à une couverture santé (régimes financés par l'impôt) ou est couverte par une assurance santé obligatoire (régimes d'assurance sociale). Dans ces cas, les droits aux prestations santé sont le plus souvent définis au niveau central de façon plus ou moins explicite et détaillée (Paris *et al.*, 2010). Les médicaments prescrits aux patients externes sont le plus souvent inclus dans le « panier » des biens et services couverts par les régimes publics ou sociaux.<sup>3</sup> Dans quelques pays, les médicaments prescrits en ambulatoire sont pris en charge par le biais de multiples dispositifs, avec d'éventuelles variations dans l'éventail des prestations couvertes (voir encadré 6.2).

Les pays où la couverture est universelle et uniforme établissent généralement une liste des médicaments remboursables ou (« liste positive ») au niveau national, à l'exception de l'Allemagne<sup>4</sup> et du Royaume-Uni, où sont établies des « listes négatives » ;

et de la Grèce, où une liste positive est en préparation. La couverture pharmaceutique entraîne généralement des charges pour l'utilisateur, des exemptions étant prévues pour certaines catégories de personnes et/ou classes de médicaments.

### **Encadré 6.2. Pays où les médicaments sont pris en charge par plusieurs dispositifs**

Dans quelques pays de l'OCDE, les médicaments prescrits en ambulatoire sont pris en charge par de multiples dispositifs et l'éventail des prestations couvertes n'est pas uniforme, à savoir : Canada, Chili, Mexique, Turquie et États-Unis.

Au **Canada**, bien que les médicaments administrés dans les hôpitaux soient entièrement pris en charge par le programme Medicare universel financé sur fonds publics, les médicaments prescrits aux patients externes ne sont pas inclus dans les prestations couvertes garanties par la Loi canadienne sur la santé. Les provinces et les territoires et le gouvernement fédéral offrent une couverture à environ un tiers des résidents canadiens par le biais de programmes financés publiquement et visant certains groupes de population (personnes âgées, bénéficiaires d'aide sociale, autochtones, anciens combattants, etc.). Les provinces et les territoires et le gouvernement fédéral décident de la couverture et établissent des formulaires pour chacun des programmes publics qu'ils gèrent. Près des deux tiers des résidents canadiens bénéficient d'une couverture pour les médicaments de prescription par l'entremise d'un plan d'assurance privé (proposé par l'employeur ou dans le cadre d'un contrat individuel). Les régimes privés établissent leurs propres formulaires et ils couvrent généralement plus de prestations que les régimes publics, bien que certains d'entre eux calquent leur couverture sur celle offerte par les régimes publics. Au Québec, tous les régimes sont tenus d'offrir une couverture au moins égale à celle du secteur public (Paris et Docteur, 2006).

Au **Mexique**, plus de la moitié de la population est couverte par la sécurité sociale ; 20 % par le Seguro Popular, régime volontaire subventionné par l'État s'adressant aux personnes qui n'ont pas accès à la sécurité sociale, et 1 % par des plans d'assurance volontaire privés. Tous ces dispositifs assurent une couverture pour les médicaments prescrits aux patients externes, souvent avec un partage des coûts. Les personnes non assurées peuvent obtenir des services de soins de santé par l'intermédiaire du Ministère de la santé ou des autorités sanitaires des États. Les organismes de sécurité sociale et les autorités publiques achètent des médicaments en utilisant deux formulaires (un pour les soins primaires et un pour les niveaux de soins secondaires et tertiaires), tels que définis au niveau central (Moïse et Docteur, 2007).

Aux **États-Unis**, une assurance médicaments peut être obtenue auprès de diverses sources. En 2008, 58 % des résidents américains avaient accès à une assurance pour les médicaments de prescription par l'intermédiaire de programmes privés proposés par l'employeur, 9 % par le biais de plans privés souscrits individuellement. Un autre pourcentage de 9 % adhère au régime de la Partie D de Medicare, programme volontaire accessible aux seniors qui est subventionné par le gouvernement fédéral et administré par des assureurs santé privés. Un pourcentage de 20 % environ de la population est couvert par *Medicaid*, le programme subventionné conjointement par le gouvernement fédéral et les États s'adressant aux personnes à faible revenu. Les assureurs santé privés peuvent proposer plusieurs plans d'assurance médicaments, pour lesquels les formulaires, la répartition des coûts et les primes sont différents. Seuls les plans d'assurance médicaments relevant de la Partie D de Medicare sont relativement encadrés par la législation pour ce qui est des formulaires. Dans le cadre de Medicaid, l'assurance médicaments de prescription est une option facultative, mais tous les programmes des États prennent en charge les médicaments, avec de grandes différences entre les États dans les formulaires, les co-paiements et le plafonnement du nombre de prescriptions qui peuvent être délivrées (Kaiser Family Foundation, 2010).

### ***Tous les pays de l'OCDE ont recours à une forme ou une autre de réglementation des prix pour au moins certains segments de marché***

En matière de réglementation des prix des médicaments, deux règles générales s'appliquent à la majorité des pays de l'OCDE. En premier lieu, en général les pays ne réglementent pas les prix des médicaments d'automédication (en vente libre) non couverts par l'assurance santé, soit parce qu'ils ne considèrent pas les médicaments en



vente libre comme des biens d'intérêt social, dont on devrait garantir l'accès à tous les résidents, soit parce qu'ils comptent sur la sensibilité de la demande des consommateurs aux prix pour stimuler la concurrence par les prix. En second lieu, la plupart des pays de l'OCDE réglementent en revanche le prix ou le prix de remboursement des médicaments prescrits aux patients externes couverts par l'assurance santé pour corriger les défaillances bien connues du marché<sup>5,6</sup>.

Il y a toutefois plusieurs exceptions à ces règles générales. Le Canada et le Mexique, par exemple, réglementent les prix de *tous* les médicaments sous brevet (qu'ils soient couverts ou non) pour protéger les consommateurs d'un éventuel abus de pouvoir monopolistique de la part des vendeurs et faire en sorte que le prix des médicaments sous brevet ne soit pas excessif : le Canada fixe des prix départ usine maximums, bien que les prix d'achat puissent être négociés ultérieurement par les acheteurs, tandis que le Mexique limite les prix de détail payés par les consommateurs qui achètent les médicaments en pharmacie sans bénéficier de la couverture d'assurance sociale.

En outre, quelques pays autorisent les fabricants à fixer leurs prix à l'entrée sur le marché, pour les médicaments prescrits aux patients externes : Danemark, Allemagne, Royaume-Uni et États-Unis. Au Danemark, les fabricants peuvent fixer librement leurs prix à l'entrée sur le marché. Toutefois, le prix d'un produit, en relation avec sa valeur thérapeutique, est un critère prépondérant dans la décision de couverture (PPRI, 2008a).

En Allemagne, les entreprises pharmaceutiques étaient libres de fixer leurs prix à l'entrée sur le marché jusqu'à l'adoption récemment de réformes, même pour les médicaments remboursés par l'assurance sociale. Un système général de prix de référence (voir plus loin) tire les prix vers le bas lorsqu'il existe des alternatives thérapeutiques car même les nouveaux médicaments sous brevet peuvent être groupés dans une classe de produits bon marché, incluant des génériques. Jusqu'à présent les caisses d'assurance santé ont cependant été principalement des « preneurs de prix » pour les médicaments vraiment innovants. Suite à la réforme de 2007, l'Institut pour la qualité et l'efficacité dans les soins de santé (IQWiG) a donc été chargé d'évaluer l'efficacité des nouveaux produits innovants par rapport à leur coût pour aider les caisses à fixer les prix de remboursement maximums. Cette mesure sera applicable à partir de 2011.

Au Royaume-Uni, les entreprises pharmaceutiques peuvent librement fixer les prix à l'entrée pour leurs produits, y compris ceux pris en charge par le Health National Service. Elles ont cependant certaines contraintes : en premier lieu, le Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme (PPRS) impose un plafond annuel aux profits que les entreprises réalisent sur leurs ventes au NHS et celles-ci sont tenues de moduler les prix de leurs produits pour ne pas dépasser ce plafond. En second lieu, les augmentations de prix sont soumises à autorisation et elles doivent être justifiées. En troisième lieu, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) évalue le rapport coût-efficacité des médicaments onéreux ou ayant un fort impact budgétaire et/ou produisant des bénéfices incertains ou faibles pour décider si le produit en question doit ou non être subventionné par le NHS. Bien que ce dernier mécanisme ne soit pas une forme de réglementation directe des prix, il peut néanmoins exercer une pression sur les prix, en particulier lorsqu'il existe des alternatives thérapeutiques.

Aux États-Unis, les prix des médicaments ne sont pas soumis à une réglementation directe. Les entreprises pharmaceutiques peuvent fixer le prix de leurs médicaments à l'entrée sur le marché. Dans le secteur privé, les gestionnaires de prestations pharmaceutiques et les plans d'assurance santé négocient les prix avec les fabricants lorsqu'ils établissent les « formulaires » (ou listes de médicaments pris en charge).

Lorsque des alternatives thérapeutiques sont disponibles, les tiers payants sont en mesure d'obtenir des remises ou de rabais auprès des fabricants en échange de l'inscription de leurs produits sur leur liste ou de l'octroi du statut de médicament « préféré » à ces produits (qui entraîne une baisse du ticket modérateur). Dans d'autres cas, leur pouvoir d'achat est faible. Les prix des médicaments achetés par les autorités fédérales (par exemple, la Veterans Health Administration) ou pour les programmes Medicaid sont davantage réglementés. Ainsi, les fabricants sont tenus de conclure des accords nationaux avec les autorités fédérales pour accorder des remises s'ils veulent que leur produit soit inscrit sur les formulaires de Medicaid. Le prix facturé à Medicaid ne peut être excéder le prix fabricant moyen (le prix payé au fabricant pour le médicament dans tous les États par les grossistes pour les médicaments vendus en pharmacie, après remise) minoré du pourcentage de la remise, récemment porté à 23 % pour les médicaments sous brevet.

Les pays de l'OCDE qui réglementent les prix ou les prix de remboursement des médicaments prescrits à des patients externes ont recours à trois types d'instruments : le *benchmarking* international, la référence thérapeutique et l'évaluation économique. Certains d'entre eux, en fait, combinent ces différents instruments en les appliquant à différents segments du marché (par exemple le Canada, la France et la Suisse ont recours à la fois au *benchmarking* international et à la référence thérapeutique bien que dans des buts différents). Le rapport de l'OCDE sur les prix des médicaments, publié en 2008, décrit plus en détail les politiques mises en place par les pays membres et met en lumière leur impact sur les prix et la disponibilité des médicaments (OCDE, 2008).

### ***Benchmarking international***

Vingt-quatre pays de l'OCDE appliquent la méthode du *benchmarking* international pour fixer le prix (ou le prix maximum) des médicaments : pour établir le prix maximum d'un nouveau médicament, ils examinent les prix pratiqués dans un ensemble de pays servant de référence.

La liste des « pays de référence » constitue évidemment un élément essentiel de cet outil de régulation. Les pays membres de l'Union européenne prennent généralement comme pays de référence d'autres pays de l'UE en constituant le plus souvent un sous-ensemble de pays présentant un niveau de revenu comparable. La République tchèque, par exemple, utilise comme pays de référence l'Estonie, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, le Portugal et l'Espagne, tandis que la France prend comme pays de référence l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni. Au Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), organisme fédéral, recourt entre autres au *benchmarking* international pour s'assurer que les prix des médicaments brevetés ne sont pas excessifs (qu'ils soient remboursés ou non). Le CEPMB prend en compte un ensemble de pays de référence qui ont été sélectionnés en partie pour leur apparente détermination à promouvoir l'innovation pharmaceutique (Allemagne, États-Unis, France, Italie, Royaume-Uni, Suède et Suisse), dans l'idée d'apporter une « contribution équitable » aux coûts de R-D mondiaux. Le Mexique se réfère aux prix pratiqués dans les six pays où le produit examiné obtient les parts de marché les plus importantes.

Le *benchmarking* international a lieu, en général, pendant le processus de fixation du prix et du taux de remboursement, avant l'entrée d'un produit sur le marché. Au Canada, cependant, le CEPMB réglemente *a posteriori* les prix départ usine des médicaments brevetés, souvent en les limitant au prix médian pratiqué dans les pays de référence. En outre, le CEPMB veille à ce que le prix de chaque produit breveté ne dépasse pas le prix

le plus élevé au niveau international dans les pays de référence. Si le prix canadien est jugé excessif, le Conseil peut ordonner au laboratoire de compenser les recettes excédentaires accumulées en réduisant le prix de son médicament ou le prix d'un autre médicament ou en versant des paiements au gouvernement fédéral. La réglementation de certains pays exige strictement que le prix soit « égal au prix le plus bas » pratiqué dans les pays de référence ou inclut une disposition similaire (en République slovaque, par exemple, le prix est plafonné à 10 % au-dessus du prix moyen des trois pays de référence où sont pratiqués les prix les plus bas), tandis que, dans d'autres pays, la réglementation n'est pas aussi prescriptive (en France, le prix doit être « cohérent » avec les prix pratiqués dans les pays de référence).

Le *benchmarking* international présente plusieurs inconvénients. Premièrement, il est probable qu'il influe sur les stratégies de lancement des entreprises, et retarde, voire compromet, le lancement d'un produit dans les pays à bas prix (afin d'éviter que ces pays ne servent de pays de référence). Deuxièmement, il a favorisé une déconnexion entre le prix « catalogue » et le prix effectif réglé par les tiers payants qui résulte souvent d'une remise consentie par le fabricant dans un accord confidentiel. Ce fait peut, à son tour, nuire à l'exactitude des comparaisons de prix et du *benchmarking*. Les économistes et les décideurs considèrent généralement que la différenciation des prix des médicaments sous brevet d'un pays à l'autre crée une situation « gagnant-gagnant » en permettant aux entreprises d'obtenir les revenus dont elles ont besoin pour investir dans la R-D et aux habitants des pays à bas revenu d'avoir accès à des médicaments auxquels ils ne pourraient pas avoir accès en raison de leur prix élevé. Du point de vue du payeur, la valeur d'un médicament varie en fonction de facteurs comme la capacité et la volonté de payer, le contexte épidémiologique du pays et le coût d'autres entrants. Toutefois, le *benchmarking* international ne garantit pas, en tant que tel, que le prix fixé reflète effectivement la valeur spécifique d'un produit pharmaceutique dans un pays.

En fait, plusieurs pays n'appliquent le *benchmarking* international qu'à un segment réduit du marché – les produits les plus innovants – et préfèrent recourir à la référence thérapeutique pour d'autres segments du marché.

### ***Référence interne ou thérapeutique***

Les pays qui utilisent la méthode des références thérapeutiques fixent les prix des médicaments nouveaux par comparaison avec les prix des médicaments concurrents sur le marché. Ils commencent par évaluer l'apport thérapeutique du nouveau médicament par rapport aux médicaments concurrents existants, puis déterminent une prime en fonction du degré d'innovation du nouveau produit. Avec cette méthode, le prix d'un produit ne présentant aucune valeur ajoutée sur le plan thérapeutique est fixé à un niveau équivalent ou à un niveau inférieur à celui des produits concurrents existants. Cette pratique est conforme aux stratégies de prix appliquées par les entreprises sur les marchés à prix libres où les produits non innovants sont positionnés à un niveau de prix inférieur à celui des produits concurrents lors de l'entrée sur le marché afin de conquérir des parts de marché.

Le Canada, la Belgique, la France, l'Italie, le Japon et la Suisse appliquent le système des références thérapeutiques pour les produits qui ne constituent pas des innovations radicales. Cependant, l'évaluation de l'apport thérapeutique du nouveau médicament prend des formes différentes : en France, par exemple, une Commission de la transparence évalue l'intérêt thérapeutique nouveau sur une échelle de 1 à 5, tandis qu'en Suisse, le processus correspondant ne présente pas un caractère aussi formel et laisse plus de place à la négociation. En Italie, un algorithme a été établi pour évaluer le degré

d'innovation d'un produit. Dans tous les cas, la prime est fixée ou négociée au cas par cas, sans règles prédéfinies, en prenant souvent en compte d'autres paramètres comme le volume de ventes escompté.

Les politiques de « *prix de référence* », qui fixent un montant de remboursement maximum pour des groupes de produits présentant des propriétés identiques, peuvent être considérées comme une variante de la référence thérapeutique, avec cette différence essentielle que, dans ce cas, le prix du produit – que celui-ci ait été fixé librement par l'entreprise ou après négociation avec les pouvoirs publics – peut demeurer supérieur au prix de remboursement maximum si les patients consentent à payer pour la « valeur ajoutée » s'attachant à ce produit, même s'il s'agit uniquement de fidélité à une marque. Plus d'un tiers des pays de l'OCDE ont adopté des politiques de prix de référence mais la portée de ces politiques est extrêmement variable (Habl *et al*, 2008). La plupart des pays définissent des groupes de produits bio-équivalents (contenant le même principe actif ou la même association de principes actifs et administrés de la même façon) mais quelques pays définissent des groupes plus larges d'« équivalents thérapeutiques » (Allemagne, République tchèque, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et République slovaque). Par suite, la part de marché soumise à l'application de prix de remboursement maximum varie énormément, allant de 5 % de l'ensemble du marché pharmaceutique en France à 60 % en Allemagne (en volume).

Avec la méthode de référence thérapeutique, le prix d'un nouveau produit dépend fortement de la valeur que l'autorité régulatrice attache à l'innovation marginale (la « valeur ajoutée » du nouveau produit). L'expérience montre que les critères adoptés pour évaluer les avantages liés à un nouveau médicament varient très fortement d'un pays à l'autre. De plus, le prix d'un nouveau produit est déterminé par les prix établis auparavant pour les produits concurrents et ceux-ci n'ont pas toujours été révisés sur la base de la valeur actuelle au plan thérapeutique. Enfin, bien qu'elle assure la cohérence des prix à l'intérieur des différentes classes de produits thérapeutiques, la référence thérapeutique ne garantit pas la cohérence des prix d'une classe à l'autre. Certains outils économiques, dont il sera question dans la section suivante, pourraient être à même de résoudre ce problème.

### ***Évaluation pharmaco-économique***

Plus de la moitié des pays de l'OCDE prennent en compte l'évaluation pharmaco-économique pour statuer sur la prise en charge du produit au prix proposé par le fabricant. L'évaluation pharmaco-économique n'est donc pas utilisée directement pour réglementer les prix mais elle peut inciter les fabricants à abaisser leurs prix afin de satisfaire aux critères de remboursement. Seuls quelques pays appliquent systématiquement l'évaluation pharmaco-économique à tous les produits candidats à la prise en charge publique : Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et Suède. Au Royaume-Uni, seuls les produits très onéreux, à fort impact budgétaire et/ou à efficacité incertaine, sont évalués afin de déterminer s'ils doivent bénéficier ou non d'un financement du NHS. Au Canada, le Programme commun d'évaluation des médicaments, programme intergouvernemental relevant de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, évalue systématiquement le rapport coût-efficacité des produits contenant de nouvelles substances actives pour éclairer les décisions de prise en charge des régimes publics d'assurance-médicaments. En Italie, on a recours à l'évaluation pharmaco-économique dans le processus de négociation afin d'étayer les décisions en matière de prix et de remboursement. En Allemagne et en France, de nouvelles dispositions (adoptées en 2007

et 2008) prévoient que les nouveaux médicaments innovants doivent faire l'objet d'une évaluation économique mais les modalités de cette évaluation restent à préciser. La Corée a introduit récemment l'évaluation pharmaco-économique dans les processus décisionnels relatifs à la couverture des médicaments.

Dans la plupart des cas, les organes chargés de l'évaluation économique établissent un ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) pour mesurer le coût supplémentaire par QALY (*quality adjusted life year* ou année de vie ajustée par la qualité) gagnée en comparaison avec les alternatives thérapeutiques. Ils adoptent généralement le point de vue du payeur public en ce sens qu'ils analysent uniquement les coûts et les économies potentielles pour un régime de couverture public. La Suède et la Norvège, par contre, ont adopté une approche sociétale permettant d'estimer les bénéfices et les coûts au niveau de la société (pour les tiers payants mais aussi pour les patients, leurs familles, les employeurs et le gouvernement). Les seuils de RCEI (au-dessus desquels un médicament a peu de chances d'être financé) ne sont généralement pas définis de façon explicite mais peuvent être déduits des décisions passées.

L'évaluation pharmaco-économique est, par bien des aspects, l'outil le plus rationnel pour arrêter les décisions en matière de remboursement puisqu'elle garantit que le coût d'un nouveau médicament pour la société est proportionné à ses bénéfices cliniques. Elle donne aussi à l'industrie des indications sur les types de bénéfices les plus valorisés ainsi que sur le consentement à payer des organismes de paiement. Cependant, la réalisation de telles évaluations requiert des compétences spécialisées et des moyens qui n'existent pas dans tous les pays de l'OCDE. En outre, l'évaluation pharmaco-économique n'est pas bien acceptée par le public, l'industrie et la profession médicale, surtout lorsqu'elle est perçue comme un outil de rationnement plutôt que comme un instrument contribuant à améliorer l'efficacité des dépenses pharmaceutiques. Enfin, les pays appliquant des seuils de RCEI ont été confrontés à des problèmes d'ordre éthique, notamment dans le cas des médicaments onéreux de fin de vie et des médicaments orphelins<sup>7</sup> (moins susceptibles de satisfaire aux critères de coût-efficacité) et ont dû adapter leurs politiques de façon à tenir compte des particularités de ces produits.

Outre les trois outils principaux présentés ci-dessus, les pays de l'OCDE ont recours à divers autres instruments pour réguler les prix des médicaments. Par exemple, l'Italie négocie les prix ainsi que les plafonds individuels applicables à chaque société pharmaceutique sur les recettes qu'elle tire de ses ventes au service national de santé, au-delà desquels les entreprises auront à accorder des remises. L'Espagne applique une méthode de coût majoré ; le Royaume-Uni plafonne les profits des entreprises pharmaceutiques ; et plusieurs pays ont passé des accords pour la fixation des prix de certains produits. Ces accords, qui suscitent l'intérêt des décideurs en tant que moyen intéressant de promouvoir l'efficacité des dépenses pharmaceutiques, sont examinés dans la section 4 de ce chapitre.

### ***Régulation des prix et niveaux de prix***

Dans les pages précédentes, nous avons décrit brièvement les avantages et les éventuels inconvénients qui s'attachent aux principaux instruments de politique employés par les pays de l'OCDE pour réguler les prix des médicaments. Il convient toutefois de souligner un point important : la régulation des prix ne se traduit pas nécessairement par des prix plus bas (OCDE, 2008). En 2005, les prix de détail des médicaments s'échelonnaient de -68 % à +185 % par rapport à la moyenne de l'OCDE et, dans certains pays où les prix sont régulés (Suisse, Canada), les prix étaient élevés, tandis que dans

d'autres pays sans régulation directe des prix à l'entrée sur le marché comme le Royaume-Uni, les prix étaient relativement bas. Le niveau des prix pharmaceutiques est en partie corrélé au PIB par habitant, bien que les variations de revenus n'expliquent apparemment qu'un cinquième des variations des prix de détail, ainsi qu'au niveau des prix dans l'ensemble de l'économie (dont les variations expliquent plus de 50 % des variations des prix des médicaments). Cela ne devrait guère surprendre : le fait est que les régulateurs ne cherchent pas toujours à obtenir le prix le plus bas et n'exploitent pas au maximum le pouvoir dont ils disposent en tant qu'acheteurs. Leur volonté d'améliorer l'efficacité statique des dépenses pharmaceutiques est contrebalancée par leur désir de maintenir des incitations en faveur de l'investissement de R-D et de l'innovation future (efficacité dynamique). En outre, les prix ne sont pas tout : l'efficacité des dépenses pharmaceutiques dépend aussi de la prescription et de l'utilisation adéquates des médicaments et du développement d'un circuit de distribution efficace.

Il ne faudrait toutefois pas en déduire que les politiques actuelles des prix des médicaments sont parfaites et assurent l'efficacité des dépenses pharmaceutiques. Des efforts ont été réalisés pour établir un lien plus étroit entre le prix des médicaments et leur « valeur », et certains pays ont déjà pris des mesures pour améliorer l'efficacité de leurs dépenses en ce domaine. Les initiatives récentes sont examinées ci-dessous.

#### 4. Développements récents des politiques de fixation des prix et de remboursement

Les responsables de l'élaboration des politiques ont parfois des décisions difficiles à prendre, en particulier lorsqu'un fabricant propose un nouveau produit coûteux pour le traitement d'une maladie mortelle ou handicapante. Confrontés à des contraintes financières, ils doivent mettre en balance, d'un côté, le coût et les bénéfices du nouveau traitement et, de l'autre, les services de santé auxquels il faudra renoncer pour financer le nouveau traitement.

L'écho donné par les médias à certaines décisions de remboursement négatives, par exemple les décisions du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en Angleterre et au pays de Galles, montre à quel point la population est prompte à réagir aux « refus de traitement ». Les opposants à la récente réforme du système de santé aux États-Unis ont agité vigoureusement le spectre du rationnement des soins, alors même que le système actuel aux États-Unis est loin d'assurer l'accès de toutes les personnes qui en ont besoin aux médicaments les plus chers (Faden *et al.*, 2009). En Angleterre, en Australie et en Nouvelle-Zélande, il s'est souvent révélé politiquement difficile par le passé de refuser le financement de médicaments jugés d'un faible rapport coût-efficacité et les gouvernements de ces pays ont été forcés de trouver un moyen de contourner leurs propres seuils de coût-efficacité (Raftery, 2008).

Les décideurs, en effet, se trouvent face à un véritable dilemme. Les études de coût-efficacité fournissent une information scientifique sur les bénéfices et les coûts (y compris les coûts d'opportunité) des nouveaux traitements. Cependant, le grand public n'est pas toujours convaincu par cette forme de rationalité. Certains traitements ne répondant pas aux seuils d'efficacité peuvent être perçus comme désirables parce qu'ils permettent de prolonger la vie ou de soulager des symptômes graves. Dans certains cas, le « choix rationnel », tel que le conçoivent les économistes, ne semble pas coïncider avec les préférences collectives.

On pourrait avancer, à ce propos, le fait que les citoyens sont mal informés du coût et des bénéfices réels des traitements, de leurs effets secondaires potentiels, de l'incertitude

liée à leur utilisation et des coûts de substitution. Ou bien on pourrait faire valoir que les citoyens qui s'opposent au rationnement ne sont pas nécessairement prêts à accroître leur contribution au système de santé ou à voir disparaître des prestations existantes. Comment parvenir dans ces conditions à un bon compromis pour déterminer les traitements à financer ?

Les médicaments qui s'adressent à un nombre réduit de patients comme les médicaments orphelins et les médicaments de fin de vie sont ceux qui risquent le plus de soulever de telles questions : d'un côté, en effet, les fabricants établissent un prix de réserve très élevé (afin de compenser le faible volume des ventes) ; de l'autre, les décideurs hésitent à refuser un traitement pour des raisons économiques alors qu'ils souhaitent réellement mettre en place des mesures d'incitation pour la mise au point de médicaments s'adressant à certaines catégories réduites de population atteintes de maladies graves.

Pour tenter de répondre à ces diverses préoccupations, les responsables de l'élaboration des politiques ont adapté certains de leurs outils d'intervention et de leurs critères de décision. Les paragraphes qui suivent présentent quelques-unes de ces adaptations, en mettant principalement l'accent sur les politiques publiques puisque, dans presque tous les pays de l'OCDE, les prix et le remboursement des médicaments couverts par un régime public sont réglementés à l'échelon central. Les autres systèmes, cependant, ne sont pas à l'abri des problèmes que soulèvent les médicaments les plus chers. Aux États-Unis, par exemple, les organismes de paiement tant publics que privés ont été conduits à adopter des stratégies pour faire face aux problèmes liés à ce type de médicaments (encadré 6.3).

### **Encadré 6.3. Stratégies utilisées par les assureurs privés à l'égard des médicaments onéreux**

Aux États-Unis, certains assureurs publics et privés se servent de l'évaluation pharmaco-économique pour définir les prestations liées aux médicaments. Dans la plupart des cas, l'évaluation pharmaco-économique est utilisée pour établir des comparaisons avec d'autres traitements afin de pouvoir négocier les prix avec les fabricants, développer les incitations à l'utilisation de produits de remplacement moins coûteux par le biais d'une différenciation des co-paiements ou, plus rarement, exclure un médicament des formulaires de médicaments remboursés dans les plans les plus restrictifs. De nombreux assureurs, cependant, se refusent à exclure un traitement de leurs formulaires en l'absence d'une alternative. Le financement des nouveaux traitements coûteux est donc assuré en augmentant les primes ou en faisant supporter le coût aux patients.

Certains assureurs de santé privés ont récemment introduit un quatrième niveau de co-paiement. Traditionnellement, les assureurs privés appliquent un système de co-paiements à trois niveaux pour encourager l'utilisation des médicaments les moins chers : un co-paiement mensuel de 5 USD à 10 USD s'applique en général aux médicaments génériques ; il est de 20 USD à 30 USD pour les médicaments de marque à prix modérés et de 50 USD pour les médicaments de marque à prix élevé. Pour alléger la tension sur les coûts liée aux médicaments onéreux, les assureurs privés ont introduit un « quatrième niveau » sous forme d'une coassurance de 20 à 30 %. Ce niveau a été intégré à 86 % des plans d'assurance médicaments de Medicare et à 10 % des plans d'assurance commerciaux incluant des prestations de médicaments (Lee and Emanuel, 2008). Pour les médicaments dont le prix peut dépasser 50 000 USD par an, le système de coassurance se traduit par des versements directs aux patients de plus de 10 000 USD.

*Source* : Lee et Emanuel (2008) ; Faden *et al.* (2009).

### *Évaluation économique et médicaments d'un faible rapport coût-efficacité*

Dans de nombreux pays de l'OCDE, l'efficacité clinique est le critère principal pris en compte pour décider de l'opportunité d'un financement public. Même les médicaments nouveaux de coût élevé finissent généralement par être remboursés par les régimes publics dès lors que leur efficacité est établie et que les prestations sont généreuses, bien que parfois avec de sérieuses restrictions et/ou l'exigence d'une autorisation préalable afin de réduire les répercussions budgétaires. En Australie, par exemple, un organisme fédéral (le Pharmaceutical Benefits Advisory Committee) peut recommander l'utilisation de certains médicaments dans le cadre de programmes spéciaux en en restreignant l'accès aux patients les plus susceptibles de tirer profit du traitement (Nikolentzos *et al.*, 2008).

La réglementation des prix et les règles de remboursement sont en général moins contraignantes pour les médicaments prescrits en milieu hospitalier que pour les médicaments servant à traiter des patients externes. Dans la plupart des cas, les médicaments sont achetés par les hôpitaux et financés par les paiements provenant des tiers payants et des patients. Les hôpitaux sont généralement soumis à des contraintes budgétaires et leur capacité à prescrire des médicaments coûteux dépend des modes de paiement existants. Les budgets globaux et les paiements par cas, aujourd'hui largement utilisés dans les pays de l'OCDE, n'offrent guère d'incitations à l'utilisation de nouveaux médicaments à prix élevé, surtout lorsque le coût de ces médicaments n'est pas encore intégré aux coûts moyens standards par cas servant à établir les prix. Pour surmonter cette difficulté, plusieurs pays (notamment l'Allemagne et la France) ont mis en place des programmes spéciaux de financement des médicaments les plus chers en sus du paiement par cas. Dans d'autres pays, l'accès aux médicaments coûteux pour patients hospitalisés est inégal et dépend, en fait, de la capacité et de la volonté des hôpitaux à payer.

Les pays qui prennent en compte le rapport coût-efficacité dans leurs décisions de remboursement ont cherché à expliciter les critères sur lesquels doit se fonder le compromis entre les résultats de l'évaluation économique et les attentes du public. Tout d'abord, la caractéristique commune des décisions de couverture basées sur l'évaluation du rapport coût-efficacité est qu'aucun pays n'a défini de seuil explicite et permanent de RCEI au-delà duquel un médicament n'a aucune chance de bénéficier d'un financement. Les pays reconnaissent, au contraire, qu'il est nécessaire de prendre en compte d'autres critères et ils appliquent des seuils flexibles au-delà desquels un médicament a simplement moins de chances d'être remboursé.

La Suède a explicité les critères à prendre en compte en sus du rapport coût-efficacité dans les décisions de prise en charge. Le « principe de besoin et de solidarité » repose sur l'idée que les maladies graves doivent bénéficier d'un niveau élevé de priorité lors de la prise de décisions (encadré 6.3). Pour se conformer à ce principe, la Commission des prestations pharmaceutiques applique différents seuils de coût-efficacité en relation avec la gravité de la maladie visée par un traitement. En conséquence, elle a autorisé dans le passé le financement de traitements d'un coût par QALY supérieur à 90 000 EUR (Garau et Mestre-Ferrandiz, 2009). D'autre part, en Suède, la prise en considération de l'impact budgétaire au cours du processus d'évaluation joue en faveur des médicaments à coût élevé s'adressant à une catégorie réduite de population comme les médicaments orphelins : les décideurs sont, en effet, mieux à même d'autoriser le financement de médicaments dont le coût par QALY est élevé lorsque l'impact budgétaire demeure raisonnable.

Au Royaume-Uni, les organes responsables de l'évaluation économique ont adapté leurs directives afin de tenir compte de ces problèmes. En Angleterre et au pays de



Galles, le NICE a révisé ses directives sur l'évaluation des traitements allongeant la durée de vie et de fin de vie en juillet 2009 (voir encadré 6.4). De même en Écosse, le Scottish Medicines Consortium prend en compte d'autres critères que le RCEI dans ses décisions, notamment si un médicament vise à traiter une maladie potentiellement mortelle, accroît substantiellement l'espérance de vie ou la qualité de vie ou permet de faire le lien jusqu'à un traitement « définitif » (Garau et Mestre-Ferrandiz, 2009).

Outre l'adaptation des critères de décision, ces pays ont recouru à des accords spécifiques pour les médicaments d'un faible rapport coût-efficacité ou dont l'impact budgétaire est élevé.

### Encadré 6.4. Évaluation économique et valeurs sociales

Le ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) est largement utilisé pour déterminer la valeur d'un nouveau produit et recommander ou prendre des décisions de prise en charge. En général, cependant, la prise en considération du RCEI ne s'effectue pas indépendamment des « valeurs sociales ».

#### Valeurs sociales et critères de prise en charge en Suède

La Commission des prestations pharmaceutiques<sup>1</sup> est responsable des décisions de prise en charge des médicaments servant au traitement de patients externes. Ses décisions reposent sur trois critères :

- *Le principe de la valeur humaine* : l'égalité entre les êtres humains et l'intégrité de chaque individu doivent être respectées. Les décisions de couverture doivent exclure toute discrimination entre individus sur la base notamment de l'âge, du sexe ou de la race.
- *Le principe de besoin et de solidarité* : les individus dont les besoins sont les plus importants doivent avoir la priorité dans les décisions de remboursement ; autrement dit, les personnes atteintes de maladies plus graves doivent être prioritaires sur les personnes souffrant de troubles moins graves.
- *Le principe coût-efficacité* : le coût d'utilisation d'un médicament doit être raisonnable d'un point de vue médical, humanitaire et socio-économique.

En Suède, le rapport coût-efficacité est envisagé d'un point de vue sociétal, ce qui veut dire que la totalité des coûts et des bénéfices sont pris en compte, indépendamment du fait de savoir qui paie (tiers payants et patients) et qui bénéficie des gains de santé (patients, employeurs, État ou collectivités locales).

#### Nouvelles directives du NICE sur l'évaluation des traitements de prolongation de vie et de fin de vie

Depuis 1999, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) évalue le rapport coût-efficacité des stratégies de santé afin de recommander ou non leur utilisation dans les systèmes de santé en Angleterre et au pays de Galles. En 2008, le NICE a publié un rapport sur la prise en considération de certaines valeurs sociales dans le processus d'évaluation et explicitement exclu le principe général d'assistance à personne en danger<sup>2</sup> comme critère de décision pertinent (NICE, 2008). Plus récemment, cependant, le NICE a révisé ses directives sur l'évaluation des traitements de prolongation de vie et de fin de vie de façon à autoriser le financement de traitements de ce type dont le RCEI dépasse la norme habituelle de 30 000 GBP/QALY. Les directives complémentaires s'appliquent dans les cas suivants :

- le traitement est indiqué pour des patients dont l'espérance de vie est courte, normalement de moins de 24 mois ;
- des données suffisantes montrent que le traitement permet de prolonger la vie, normalement d'au moins trois mois supplémentaires par rapport aux traitements actuellement appliqués par le NHS ;

#### **Encadré 6.4. Évaluation économique et valeurs sociales (suite)**

- le traitement est homologué ou indiqué d'une manière ou d'une autre pour une catégorie restreinte de patients.

En pareils cas, la commission d'évaluation doit examiner l'impact sur le RCEI d'une surpondération des années de vie gagnées en phase terminale d'une maladie à issue fatale et déterminer l'importance de la surpondération nécessaire pour rester en-deçà des seuils en vigueur. Toute décision prise sur la base de ces directives supplémentaires doit être réexaminée dans un délai de deux ans.

1. Créée en 2002, la Commission des prestations pharmaceutiques (LFN) fait maintenant partie de l'Agence des prestations pharmaceutiques et dentaires (acronyme suédois TLV).

2. Le principe d'assistance à personne en danger (*rule of rescue*) désigne l'obligation d'employer tout moyen existant pour sauver un individu d'un danger grave, quel qu'en soit le coût (comme dans le cas des sauvetages en montagne). Certains analystes mentionnent ce principe pour justifier l'utilisation sans restriction de médicaments très coûteux dans le traitement des maladies graves.

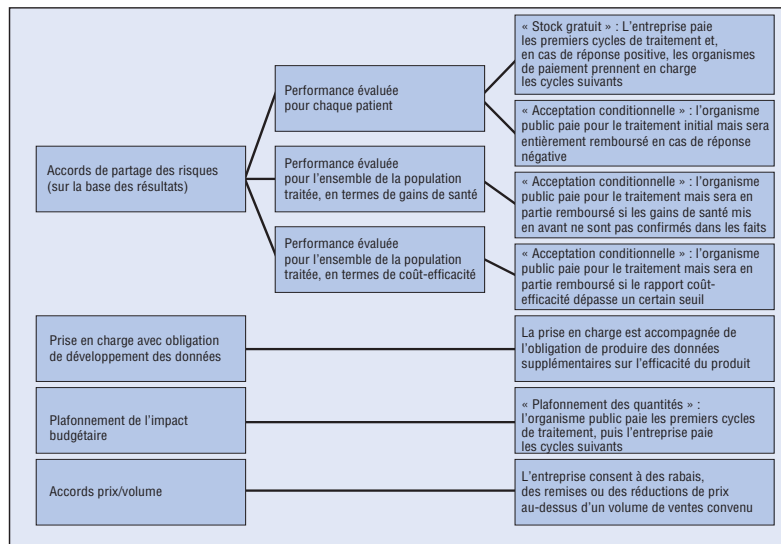
*Source:* LFN (2007) ; Mason et Drummond (2009) ; NICE (2008, 2009).

#### ***Accords de fixation des prix de produits spécifiques***

Les organismes de paiement et les entreprises pharmaceutiques ont établi des *accords de prix* par produit afin d'améliorer l'accès aux médicaments très coûteux ou ayant de fortes répercussions budgétaires (IMS, 2009 ; Carlson *et al.*, 2010). Ces accords entre tiers payants et compagnies pharmaceutiques visent soit à établir un lien entre la « valeur » apportée par un nouveau produit en termes de gains de santé et le prix à l'unité, soit plus simplement à réduire l'impact budgétaire. Plusieurs typologies ont déjà été mises au point pour classer ce type d'accords (IMS, 2008 ; Carlson *et al.*, 2010). Nous employons ici une typologie différente distinguant les accords en fonction de leurs objectifs, à savoir : capter une part de la rente des entreprises au-dessus d'un certain niveau de recettes ; réduire l'impact sur les budgets publics ; améliorer les données relatives à l'efficacité ou au rapport coût-efficacité ; ou partager les risques en cas d'incertitude sur les résultats (voir graphique 6.5).

Dans les *accords prix/volume*, le prix d'un produit à l'unité dépend du volume des ventes et diminue au fur et à mesure que celui-ci augmente. Ces accords reposent sur l'idée qu'un vendeur est prêt à réduire le prix de réserve dès lors que le volume des ventes augmente. Les réductions de prix prennent dans ce cas le plus souvent la forme de rabais ou de remises confidentielles convenues entre un fabricant et des tiers payants. Les accords prix/volume sont largement utilisés par les assureurs privés et les gestionnaires de prestations pharmaceutiques aux États-Unis qui s'en servent pour négocier des rabais ou des remises en échange de l'inscription d'un produit sur leurs formulaires ou de l'octroi du statut de médicament « préféré » (avec un co-paiement plus faible pour le consommateur). En France, les accords prix/volume sont signés par l'autorité de régulation lorsqu'il y a un risque d'usage inapproprié susceptible de générer un volume de ventes supérieur au volume prévu au moment de la négociation sur le prix. L'Australie a recours à deux types d'accords répondant à la même logique, des réductions de prix intervenant au-delà d'un volume convenu de ventes ou des remises étant accordées par les fabricants au-delà d'un certain plafond de dépenses. Les accords prix/volume ne permettent pas vraiment aux tiers payants de maîtriser les dépenses mais seulement de capter une part de la rente des entreprises.

Graphique 6.5. Typologie des remboursements de produits spécifiques et accords de prix



Source : Secrétariat de l'OCDE.

Les *accords visant à limiter l'impact budgétaire* d'un médicament consistent simplement à plafonner le montant que les organismes publics acceptent de dépenser par patient. De tels accords ont été conclus entre le NICE et des entreprises pharmaceutiques dans le cadre de systèmes de plafonnement des quantités (voir encadré 6.4). Le NHS, par exemple, a accepté de prendre en charge les deux premières années de traitement du myélome multiple à l'aide du lénalidomide à la condition que le coût ultérieur du traitement soit supporté par le fabricant.

Des *accords de prise en charge avec obligation de produire des études supplémentaires* (CED, « Coverage with Evidence Development) ont été adoptés en Italie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Suède (Carlson *et al.*, 2010) et seront utilisés dans certaines circonstances en Australie à partir de 2011. Ce type d'accord fait dépendre la prise en charge de la collecte par l'entreprise de données pour informer les organismes de paiement des résultats obtenus dans de nouveaux essais cliniques ou dans « la vie réelle ». Cette option est adoptée en cas de forte incertitude sur les données cliniques présentées par le fabricant avec sa demande de financement. Au Royaume-Uni, ces accords prévoient en général uniquement la couverture des patients qui participent aux essais cliniques. En Suède, ils assurent la prise en charge du médicament en échange d'informations sur son utilisation (par exemple dans le traitement de l'obésité), sur ses effets à long terme du point de vue de la morbidité et de la mortalité (par exemple dans le cas des produits anti-cholestérol) ou de la qualité de vie (par exemple dans le cas de l'insuline Detemir), et/ou sur le rapport coût-efficacité (par exemple dans le cas du traitement de la maladie de Parkinson ou de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus). En Italie, des « Registres » en ligne ont été constitués, par exemple pour les médicaments oncologiques et les médicaments orphelins innovants, dans le but de rassembler dans une seule base de données des informations sur l'utilisation rationnelle et appropriée de médicaments déterminés ; de suivre la consommation et les dépenses correspondantes ; et de fournir les informations nécessaires pour les accords de partage des risques. Par conséquent, les accords avec obligation de développer les données ont pour objectif général d'améliorer les connaissances relatives aux effets d'un produit sur la santé.

Les *accords de partage des risques* sont également signés en cas de forte incertitude à propos des bénéfices mis en avant par le fabricant. Lorsque ces bénéfices paraissent potentiellement élevés, le tiers payant accepte de financer le nouveau traitement mais en conservant la possibilité de demander à être (au moins en partie) remboursé par l'entreprise si les bénéfices annoncés ne sont pas confirmés dans les faits. L'accord établi en Angleterre en 2002 entre le NHS et plusieurs fabricants sur les traitements de la sclérose en plaques est l'exemple le plus connu de ce type d'accords.

Les accords de partage des risques peuvent prendre plusieurs formes. Les résultats à évaluer peuvent être définis en termes de *bénéfices cliniques* (réaction clinique, amélioration de la qualité de vie) ou en termes de *coût-efficacité* (le ratio coût/QALY ne devant pas excéder un certain seuil). Les résultats peuvent être évalués au *niveau individuel* (c'est-à-dire pour chaque patient ayant reçu le traitement) ou au *niveau collectif*, en prenant en compte l'ensemble de la population traitée. En Allemagne, par exemple, un fonds d'assurance-santé a signé un accord avec Novartis lui permettant d'obtenir le remboursement du traitement pour l'ostéoporose dans le cas où un patient en cours de traitement est victime d'une fracture due à cette maladie. En Angleterre, Janssen Cilag a accepté de rembourser le traitement du myélome multiple dans le cas des patients qui ne répondent pas positivement au traitement après quatre cycles. Également en Angleterre, les entreprises qui produisent des traitements de la sclérose en plaques ont accepté d'abaisser le prix de leurs produits afin de maintenir le ratio coût/QALY moyen à 36 000 GBP (IMS, 2009). En France, la prise en charge d'un traitement de la schizophrénie censé améliorer l'adhésion aux soins a été approuvée à la condition que l'entreprise contrôle l'observance du traitement dans la vie réelle et rembourse une partie des dépenses de sécurité sociale si les objectifs en ce domaine n'ont pas été atteints. En Italie, il existe deux types d'accord : dans les accords dits de « partage des risques », les fabricants sont tenus de rembourser un pourcentage des dépenses du service national de santé pour les patients qui ne répondent pas au traitement, tandis que dans ceux de « paiement en fonction des résultats », les fabricants rembourseront l'intégralité des dépenses aux patients qui ne répondent pas au traitement.

Un grand nombre de ces accords sont encore trop récents pour se prêter à une évaluation. En termes de mise en œuvre, ils se traduiront probablement par une augmentation des coûts administratifs et des coûts de R-D (ne serait-ce que les coûts encourus pour la production des données) mais on espère que les coûts de ces accords seront compensés par leurs bénéfices. Carlson *et al.* (2010) ont passé en revue les données disponibles sur les accords CED et les accords basés sur les performances conclus pendant la dernière décennie. Ils ont constaté que plusieurs des médicaments initialement couverts dans le cadre d'un accord CED ont ensuite été approuvés et ont obtenu une prise en charge générale ou limitée après la période couverte par l'accord, mais tel n'a pas toujours été le cas. D'autre part, ils n'ont recensé que deux études d'évaluation des accords de partage de risques. En Angleterre, un accord signé entre Pfizer et l'administration de la santé de la région du North Staffordshire sur un produit anti-cholestérol a abouti à des résultats de santé positifs (les objectifs en termes de niveau de cholestérol ont été atteints dans la population traitée) et n'a donc pas donné lieu à un remboursement de la part de l'entreprise pharmaceutique. Les résultats de l'accord signé par le NHS au Royaume-Uni sur la sclérose en plaques sont encore mitigés : malgré des résultats de santé positifs, le rapport coût-efficacité du traitement n'a pu être évalué avec certitude.

### Encadré 6.5. Dispositifs mis en place au Royaume-Uni pour assurer l'accès des patients à certains médicaments

L'accord État-Industrie signé en 2009 (PPRS) a introduit des dispositifs (*patient access schemes* ou PAS) qui visent à améliorer l'accès des patients à certains traitements innovants d'un rapport coût-efficacité trop élevé pour satisfaire aux normes du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et ainsi bénéficier d'un financement de l'administration publique de la santé (NHS). Les dispositifs PAS peuvent prendre plusieurs formes :

- Avec les accords de « *stock gratuit* », l'entreprise fournit les premiers cycles de traitement gratuitement et le NHS prend en charge le coût des cycles suivants lorsque la réponse clinique aux premiers cycles est positive. UCB, par exemple, a accepté de fournir gratuitement les douze premières semaines de traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave à l'aide du certolizumab pegol ; le NHS continuera ensuite à payer le traitement si la réponse clinique est positive.
- Dans les accords de *plafonnement des doses*, le NHS paie les premiers cycles de traitement et l'entreprise prend en charge le coût de la poursuite du traitement. Le NHS, par exemple, paie les premières quatorze doses (par œil) de ranibizumab pour le traitement de la dégénérescence maculaire exsudative aiguë et Novartis couvrira le coût des injections suivantes pour la période allant jusqu'à trois ans.
- Les accords de *rabais*, qui garantissent simplement un rabais minimum au NHS (pouvant en outre être renégocié par les acheteurs locaux), diffèrent des accords confidentiels généralement signés dans d'autres pays de l'OCDE entre les entreprises pharmaceutiques et les organismes de paiement publics ou privés dans la mesure où il s'agit d'accords publics qui, dans certains cas, plafonnent le coût total du traitement pour un individu. Roche, par exemple, a accepté de pratiquer une remise de 14,5 % sur le prix du médicament (erlotinib) pour le traitement du cancer bronchique non à petites cellules, afin de ramener ce prix au niveau de celui d'un produit concurrent moins cher jusqu'à la publication des résultats définitifs des essais cliniques de comparaison directe des deux traitements et une nouvelle évaluation du NICE.

Une enquête récente sur la mise en œuvre des dispositifs PAS aux Royaume-Uni conclut que les sommes remboursées aux hôpitaux dans le cadre de deux de ces accords ne sont pas transmises aux groupements de soins primaires (Primary Care Trusts) qui paient en définitive les services de soins fournis à leurs patients. En outre, les hôpitaux se plaignent du manque de personnel pour gérer les PAS et récupérer les sommes dues par les entreprises. Le service de liaison créé récemment au sein du NICE devrait faciliter la mise en œuvre des PAS, qui devrait bénéficier aussi de l'établissement de formulaires standards pour les accords de PAS établis au niveau local (Williamson, 2010).

Source : NICE, site internet ; Williamson (2010) ; Pharmaceutical Price Regulation Scheme (2009 ; see [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH\\_091825](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_091825)).

Les accords spécifiques par produit pourraient se révéler un nouveau moyen utile de promouvoir l'accès des patients aux traitements innovants, en faisant dépendre le financement public de l'intérêt thérapeutique du médicament. Toutefois, on ne dispose pas encore de données suffisantes et convaincantes sur leur efficacité. Ce type d'accords se développant rapidement dans les pays de l'OCDE, il est nécessaire d'en évaluer l'impact en termes de bénéfices et de coûts. Cette évaluation devrait porter sur leur conception générale (tous les accords peuvent-ils fonctionner en pratique ?) ainsi que sur leurs résultats ultimes.

## 5. Efforts engagés pour développer le marché des génériques

Tous les pays de l'OCDE considèrent le développement du marché des génériques comme un bon moyen d'accroître l'efficacité des dépenses pharmaceutiques en offrant des produits moins chers que les médicaments sous brevet et en permettant la réallocation de ressources financières rares au profit des médicaments innovants. La plupart des pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques visant à promouvoir l'utilisation des génériques (voir tableau 6.1). Néanmoins, au sein de l'OCDE, la part des génériques dans les ventes de produits pharmaceutiques varie fortement selon les pays (graphique 6.6).

Comme l'arrivée sur le marché de produits génériques entraîne très souvent un effondrement des revenus tirés des produits princeps, les entreprises pharmaceutiques ont conçu diverses stratégies pour prolonger le plus possible la période d'exclusivité de leurs produits sur le marché et/ou contrer l'apparition de médicaments génériques (OCDE, 2008). Dans une enquête de grande ampleur sur les méthodes utilisées par les entreprises pharmaceutiques pour retarder la mise en vente de génériques dans 27 pays de l'Union européenne entre 2000 et 2007, la Commission européenne a recensé un certain nombre de stratégies plus ou moins légitimes, notamment : le dépôt stratégique de brevets (la multiplication de brevets successifs pour un même produit afin d'accroître l'incertitude quant à l'expiration du brevet) ; le développement indu des actions en contentieux sur des brevets ; et les ententes avec les fabricants de génériques pour limiter ou retarder l'entrée des génériques sur le marché (Commission européenne, 2008). La Commission européenne en conclut que l'application du droit de la concurrence doit être surveillée de plus près et que l'Union européenne aurait tout à gagner à ce que soient créés des brevets communautaires et instauré un système de contentieux unifié.

Néanmoins, il serait erroné d'en conclure que les mesures prises par l'industrie pharmaceutique sont les principales responsables du retard du développement du marché des génériques. De nombreuses politiques publiques continuent également à en freiner le développement. La règle dite du « *patent linkage* », par exemple, qui veut que l'autorité chargée d'autoriser la commercialisation d'un produit vérifie si un brevet a expiré avant d'accorder cette autorisation, peut retarder indûment l'entrée d'un produit générique sur le marché. La plupart des pays de l'OCDE ont adopté une disposition du type « *clause Bolar* » autorisant les agences du médicament à évaluer les demandes d'homologation de produits génériques et à accorder une autorisation de commercialisation avant l'extinction du brevet<sup>89</sup>, afin que les génériques puissent entrer sur le marché dès l'extinction du brevet. Cependant, quelques pays (par exemple la République slovaque et le Mexique) continuent à faire dépendre l'octroi de l'autorisation de commercialisation de l'extinction du brevet.

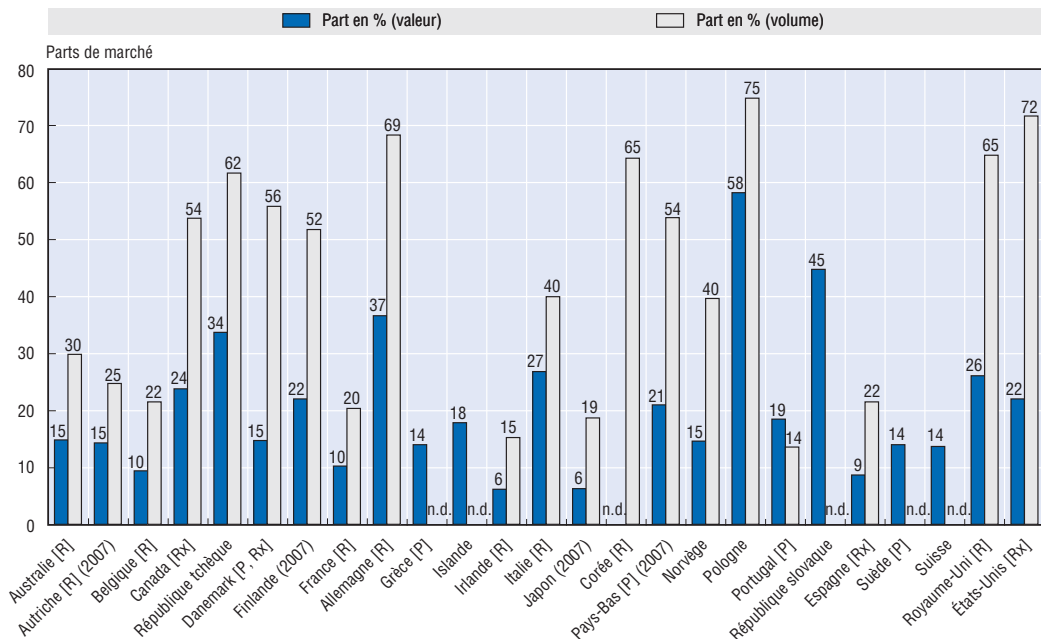
**Tableau 6.1. Mesures visant à promouvoir l'utilisation des médicaments génériques  
(informations disponibles en juillet 2010)**

	Prescription en DCI			Substitution par des médicaments génériques			Mesures d'incitations à prescrire/dispenser/acheter des médicaments génériques (ou à bas coûts)			Politiques de fixation des prix et de remboursement	
	Non autorisée	Autorisée	Obligatoire	Non autorisée	Autorisée	Obligatoire	En direction des pharmaciens	En direction des patients	En direction des médecins	Système de prix de référence	Prix lié (réduction prix 1er générique entrant/produit princeps)
Allemagne		X				X	NF	F	F	O	D
Australie		X			X		F	F	-	O	-12.5% <sup>1</sup>
Autriche	X			X			N	n.d.	NF	N	-48%,-15%+D
Belgique		X		X			NF	F	F&NF	O	-30%
Canada <sup>2</sup>		X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>		X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	<sup>2</sup>	O/N <sup>2</sup>	<sup>2</sup>
Chili			X <sup>3</sup>		X		N	F	NF <sup>3</sup>	N	D
Corée		X			X		F	F	n.d.	n.d.	-32%,-15%
Danemark	X					X	NF	F	NF	O	D
Espagne		X				X	NF&F <sup>7</sup>	F	NF&F <sup>7</sup>	O	-30%
États-Unis <sup>9</sup>							F <sup>9</sup>	F <sup>9</sup>	N	N	D
Finlande		X				X	NF	F	NF	O	-40%
France		X			X		NF	F	NF&F	O	-55%+D
Grèce	X			X			N	F	N	O	-20%+D
Hongrie		X			X		NF	F	N	O	-30%,-10%,-10%
Irlande		X			X <sup>4</sup>		N	F	NF	O <sup>4</sup>	D
Islande					X		n.d.	F	n.d.	O	n.d.
Italie		X			X		F	F	NF	O	-20%
Japon		X			X		F	F	<sup>5</sup>	n.d.	-30% <sup>5</sup>
Luxembourg		X		X			n.d.	n.d.	NF	N	n.d.
Mexique			X		X			F	NF	N	D
Norvège		X			X		F	F	NF	N	D
Nouvelle-Zélande		X			X <sup>6</sup>		F	F	NF	n.d.	n.d.
Pays-Bas		X			X		F	F	n.d.	O	D
Pologne		X			X		NF	F	N	O	-25%,-25%
Portugal			X		X		N	F	N	O	-35%
Rép. slovaque		X				X	NF	F	NF	O	D
Rép. tchèque	X				X		n.d.	F	F	O	-20%
Royaume-Uni				X			F	N	NF	N	D
Suède		X				X	NF&F	F	NF	N	D
Suisse		X			X		F	F	N	N	-20% à -50% <sup>8</sup>
Turquie	X				X			F	-	O	-20%

Note : D = modèle de prix dégressif (les prix des produits princeps et des produits génériques sont tous deux réduits après une période initiale) ; DCI = dénominations communes internationales des substances pharmaceutiques ; F = incitation financière ; N = Non ; n.d. = non disponible ; NF = incitations non financières ; O = Oui. Pour les pharmaciens, ce tableau ne prend en compte que les incitations émanant des plans d'assurance médicaments. Les incitations provenant du marché (par exemple remises des fabricants, intégration verticale, etc.) ne sont pas indiquées. Prix lié : politique de prix liant le prix (maximum) du premier générique entrant sur le marché (et les suivants dans certains cas) au prix du produit princeps. La dynamique des prix peut différer d'un pays à l'autre par la suite.

1. La réduction de prix s'applique au produit générique et au produit princeps.
2. Au Canada, la réglementation régissant la substitution de médicaments génériques aux médicaments d'ordonnance diffère selon les provinces et les territoires. Les mesures d'incitation en direction des médecins, des pharmaciens et des patients varient selon les plans d'assurance médicaments. Les prix de référence ne sont utilisés que par quelques plans d'assurance médicaments.
3. Seulement dans le secteur public.
4. Mesure adoptée, mise en œuvre prochainement.
5. Au Japon, il n'y a pas d'incitation directe pour les médecins, mais il existe une incitation en direction des établissements médicaux. Les prix des génériques sont révisés après leur entrée sur le marché.
6. Si le pharmacien a conclu un accord de substitution avec le prescripteur.
7. Dans certaines régions.
8. En fonction des ventes du produit princeps sur le marché.
9. La législation sur la prescription en DCI et la substitution n'est pas uniforme entre les États. Les incitations en direction des pharmaciens, des patients et des médecins varient selon les plans d'assurance médicaments. Les co-paiements acquittés par les patients sont généralement plus faibles pour les génériques.

Source : Diverses sources, notamment les profils de pays PPRI (<http://ppri.oebig.at>, publications) et communications individuelles.

**Graphique 6.6. Parts de marché des médicaments génériques en 2008**

n.d. = non disponible ; P = marché des pharmacies de ville ; R = marché des médicaments remboursables (patients externes) ; RX : marché des médicaments de prescription ; Autres : marché total.

Source : Données nationales et EFPIA (2010).

En outre, dans de nombreux pays, les procédures de fixation des prix et du taux de remboursement retardent également l'entrée des génériques sur le marché. Compte tenu du caractère spécifique des produits génériques, ces procédures pourraient certainement être raccourcies ou accélérées afin d'activer la commercialisation de ces médicaments (EGA, 2009 ; Commission européenne, 2008). En Australie, par exemple, l'accord conclu récemment entre le gouvernement et la principale association de l'industrie pharmaceutique prévoit l'évaluation parallèle de nouveaux produits par les autorités chargées de délivrer les autorisations de mise en vente et par celles chargées de fixer les prix à partir de 2011. Dans certains pays, aux procédures d'autorisation de mise en vente et de fixation des prix et du taux de remboursement s'ajoute une étape supplémentaire visant à réduire les possibilités de substitution en définissant des catégories de « produits interchangeables » à l'intention des pharmaciens. Ces pays devraient examiner le coût et les bénéfices de cette procédure et voir s'il serait possible de la remplacer par une procédure générale établissant une fois pour toutes des normes de substitution et d'interchangeabilité de caractère plus général, en laissant les pharmaciens décider de l'application de ces normes à des produits particuliers.

Les politiques de prix de référence et de « prix lié » peuvent réduire la concurrence sur les prix des génériques, dans certains cas. Avec les prix de référence, les organismes de paiement fixent un prix de remboursement maximum pour certains groupes de produits, le plus souvent en référence au prix du ou des génériques les moins chers. Les



consommateurs doivent payer la différence entre le prix du médicament et le montant remboursé. Cette politique n'incite guère les fabricants de génériques ou les pharmaciens à vendre des médicaments génériques à un prix inférieur au prix de remboursement maximum et pourrait même, à long terme, réduire la concurrence sur les prix, surtout si les prix de référence ne sont pas régulièrement réactualisés. D'un autre côté, les prix de référence favorisent clairement la pénétration des génériques sur le marché pharmaceutique, ce qui constitue toujours une forte priorité dans plusieurs pays.

De nombreux pays fixent le prix des génériques sur la base de celui du produit princeps minoré d'un pourcentage, ce qu'on appelle la pratique du « prix lié » (*price linkage*). Par exemple en France, le prix des génériques est fixé 55 % au-dessous du prix du produit princeps (voir tableau 6.1). Toutefois, cette politique n'est pas très intéressante pour les tiers payants : une fois un brevet éteint, ils n'ont pas de raisons de payer un prix plus élevé pour un médicament de marque que pour un produit bio-équivalent. La fixation d'un prix unique de remboursement par groupes de produits est une meilleure formule pour les tiers payants et elle laisse la possibilité aux fournisseurs de fixer un prix supérieur s'ils pensent pouvoir compter sur la fidélité des utilisateurs à leur marque. En outre, la méthode du prix lié peut contribuer à réduire la concurrence sur les prix des génériques : dans les marchés à prix libres, il est probable que le prix des génériques baissera avec l'augmentation du nombre de concurrents. Certains pays ont introduit des « modèles de prix dégressifs », dans lesquels les prix des produits princeps (et parfois des produits génériques) sont réduits après une période initiale dans l'espoir de refléter la dynamique du marché des médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public (Autriche, France, Norvège, par exemple). Cette approche ne garantit pas cependant que les prix des génériques seront aussi bas qu'ils pourraient l'être sur un marché moins réglementé.

La majorité des pays de l'OCDE autorisent les médecins à prescrire en dénomination commune internationale (DCI) et/ou les pharmaciens à remplacer les médicaments prescrits par des produits équivalents moins chers<sup>10</sup> (voir tableau 6.1). Cependant, les comportements professionnels ne sont pas déterminés uniquement par la législation. Si 80 % des ordonnances sont prescrites en DCI au Royaume-Uni, cela n'est vrai que de 12 % seulement des ordonnances en France (PPRI, 2008b). D'autre part, le fait que les pharmaciens sont autorisés à remplacer les produits originaux par des génériques ne veut pas dire qu'ils le font en pratique. Quelques pays n'autorisent toujours pas les prescriptions en DCI ou la substitution par les génériques dans les pharmacies, en particulier la Grèce où le marché des génériques est extrêmement restreint. Dans un autre petit groupe de pays (Danemark et Suède, par exemple), le pharmacien doit obligatoirement remplacer les médicaments prescrits par des génériques. Toutefois, il ne semble pas qu'il s'agisse là d'une condition nécessaire pour assurer un haut degré de pénétration des génériques puisque ces derniers occupent déjà une part importante de marché dans plusieurs pays où la substitution n'est pas obligatoire comme la Pologne et le Royaume-Uni (voir graphique 6.6).

Des incitations financières à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients ont été mises en place afin de favoriser le développement du marché des génériques. Les médecins sont encouragés financièrement de plusieurs façons à prescrire des produits de substitution moins chers : ils peuvent recevoir un financement par patient (capitation) et être autorisés à conserver les économies éventuellement réalisées grâce à la prescription de produits moins chers, comme cela s'est fait pour certains groupements de médecins, aux États-Unis dans les années 90, ou pour les médecins généralistes chargés de gérer un budget (les « GP fundholders »), au Royaume-Uni. Les médecins peuvent bénéficier d'un

avantage financier s'ils atteignent les objectifs de prescription de génériques définis dans les systèmes de rémunération à la performance. Par exemple, le Programme d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en France, prévoyant la signature de contrats sur une base volontaire entre l'assurance maladie et les généralistes offre une rémunération complémentaire aux médecins s'ils atteignent des objectifs fixés en termes de pourcentage de génériques prescrits pour un certain nombre de groupes de génériques (voir chapitre 4). Au contraire, les médecins peuvent être pénalisés si leur coût moyen de prescription dépasse la moyenne de leur groupe de pairs. Cette dernière option a été appliquée en Allemagne et, bien qu'il se soit révélé très difficile de pénaliser les médecins, ce mode d'incitation a encouragé la prescription de médicaments moins chers.

Les incitations en direction des patients dépendent des sommes qui restent à leur charge. Les modalités de la participation financière des usagers influent certainement sur le recours aux génériques lorsque les patients ont le choix. Les patients ont financièrement intérêt à choisir des médicaments moins chers lorsque le ticket modérateur est un taux (exprimé en pourcentage du prix), lorsqu'il est plus faible pour les génériques (modulation du ticket modérateur) ou dans les systèmes de prix de référence. Certains pays ont renforcé les incitations existantes afin de stimuler l'utilisation des génériques. En 2006, par exemple, la Suisse a relevé de 10 à 20 % le taux de la participation financière des usagers pour les médicaments de marque pour lesquels existent des génériques interchangeable moins chers. En 2008, la France a décidé que les patients devront payer leurs médicaments à l'avance et être remboursés plus tard s'ils refusent la substitution par des génériques (alors qu'habituellement le pharmacien est directement payé par l'organisme de tiers payant).

Les mesures en direction des pharmaciens visent généralement à remédier à la « désincitation » inhérente au mode de rémunération des pharmaciens dans la grande majorité des pays de l'OCDE : les marges des pharmaciens sont établies sur la base du prix des médicaments et elles sont donc plus élevées (en termes absolus) dans le cas des produits plus chers. De ce fait, les pharmaciens sont pénalisés lorsqu'ils remplacent un médicament par un générique moins cher. Plusieurs pays (par exemple la France) ont pris des mesures pour inverser ou tout au moins neutraliser cette désincitation. D'autres pays ont créé des incitations positives : en Suisse, par exemple, les pharmaciens reçoivent une rémunération pour la substitution par les génériques. Dans plusieurs pays (Hongrie, Norvège, Pologne, par exemple), les pharmaciens ont l'obligation d'informer les patients de l'existence d'une alternative moins coûteuse, qui agit comme une incitation non financière pour encourager la substitution par les génériques.

Une autre caractéristique importante de la distribution est la capacité des fabricants à négocier des remises ou des rabais avec les grossistes et/ou les pharmaciens afin de gagner des parts de marché sur leurs concurrents génériques. Les pharmaciens étant généralement libres de choisir n'importe quel générique lorsqu'ils substituent un générique à un princeps, les fabricants de génériques sont prêts à consentir des remises ou des rabais élevés sur leurs produits afin d'accroître leurs parts de marché. La concurrence, féroce dans certains pays, s'est traduite par des remises très élevées, améliorant ainsi les revenus des pharmaciens. Cependant, la préoccupation commune des pays ayant mis en place des prix réglementés ou des prix de remboursement maximum pour les génériques est que les organismes tiers payants et les consommateurs ne bénéficient pas de cette concurrence sur les prix. Au Canada, par exemple, les réductions de prix ou les marges accordées aux pharmacies par les fabricants ont été estimées à 40 % du coût des médicaments génériques pour les payeurs (Bureau de la concurrence Canada, 2008).

Les pays de l'OCDE ont adopté différentes stratégies pour faire en sorte que les payeurs bénéficient de ces réductions de prix : certains d'entre eux ont plafonné les remises des fabricants (France, Province de l'Ontario au Canada pour les prestations publiques de médicaments).

En 2007, l'Australie a commencé à appliquer une nouvelle politique de « divulgation des prix ». Dans le cadre de ce nouveau dispositif, le WADP (*weighted average disclosed price* ou prix moyen pondéré divulgué) est calculé régulièrement pour les médicaments subventionnés par le Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), pour l'ensemble des produits ayant le(s) même(s) ingrédient(s) actif(s) et le même mode d'administration, pour une période de 12 mois, en tenant compte des rabais accordés par les fabricants. Lorsque l'écart entre le prix départ usine retenu par le PBS et le WADP est de 10 % ou plus, le « prix PBS » est ajusté au niveau du prix calculé. Au Japon, les prix des médicaments sont régulièrement révisés (tous les deux ans en général) afin de les rapprocher des prix effectifs sur le marché tels que mesurés par l'enquête du gouvernement sur les prix des médicaments. Grâce à ce genre de dispositifs, la concurrence par les prix avec les génériques est avantageuse pour les payeurs et les consommateurs.

D'autres pays ont favorisé la passation directe de contrats entre assureurs de santé et fabricants. Les paragraphes ci-dessous présentent ces développements récents, ainsi que des données sur leur impact.

### ***Passation de contrats, appels d'offres, approvisionnements publics et concurrence sur le marché des génériques***

Des politiques de passation de contrats, d'appels d'offres et d'approvisionnements publics sont appliquées depuis plusieurs décennies sur certains segments de marché dans les pays de l'OCDE. Pendant les quatre dernières années, plusieurs pays ont développé les possibilités de contractualisation afin d'étendre ces pratiques et de favoriser ainsi la concurrence sur les prix des génériques dans le secteur ambulatoire. Bien que d'énormes réductions de prix aient pu être obtenues dans certains cas, l'impact à long terme sur le marché des génériques n'apparaît pas clairement et pourrait même, selon des études récentes, se révéler négatif. Il convient donc de réfléchir soigneusement aux modalités de contractualisation en vue d'améliorer l'efficacité des dépenses pharmaceutiques.

Aux États-Unis, les assureurs de santé et les gestionnaires de prestations pharmaceutiques passent des contrats avec les entreprises pharmaceutiques depuis les années 80. Ils obtiennent des rabais sensibles ou des remises confidentielles des fabricants en échange de l'inscription de leurs produits sur les listes de médicaments couverts, de l'octroi du statut de médicament préféré ou même de l'inscription à titre exclusif<sup>11</sup> sur les « formulaires » de médicaments sous brevet ou hors brevet vendus aux patients externes (US Federal Trade Commission, 2005). En 1997, la Nouvelle-Zélande a introduit des appels d'offres concurrentiels pour les médicaments génériques subventionnés dans le cadre du programme de prise en charge des médicaments des patients externes. Le processus d'adjudication a permis d'abaisser de façon significative le prix des médicaments : de 40 % en moyenne en 1997-1998 et de 60 % en 1999-2000. Dans le cas de certains produits, les réductions de prix ont atteint 84 à 96 % en cinq ans (OXERA, 2001). Dans d'autres pays, la méthode de la contractualisation a été appliquée principalement dans le secteur hospitalier, ainsi que pour l'achat de médicaments spécifiques (principalement des vaccins) par l'État ; elle ne commence à être utilisée que

depuis peu dans le secteur des patients externes d'un petit nombre de pays (Leopold *et al.*, 2008 ; Kanavos, 2009).

Aux Pays-Bas, les assureurs de santé sont autorisés à sélectionner, dans chaque classe de médicaments contenant un même principe actif, un ou plusieurs produits qui seront remboursés. Ils passent des contrats avec les entreprises pharmaceutiques afin d'obtenir un rabais ou une remise sur les prix en échange de l'octroi du statut de remboursement exclusif pendant une période donnée. Dans ce système, les patients doivent payer eux-mêmes les produits non sélectionnés, sauf si un médecin confirme qu'un besoin médical justifie l'emploi d'un produit spécifique.

Les assureurs de santé néerlandais recourent individuellement et collectivement aux appels d'offres. En 2005, sept assureurs de santé privés des Pays-Bas, couvrant environ 70 % de la population, ont décidé de lancer ensemble un appel d'offres pour l'achat de trois principes actifs hors brevet de très grande diffusion (la simvastatine, la pravastatine et l'oméprazole). Les fabricants offrant le prix le plus bas (ou supérieur de 5 % seulement au prix le plus bas) ont été sélectionnés et leurs médicaments fournis gratuitement aux patients, alors que les autres médicaments n'étaient pas remboursés du tout. Suite à un accord passé entre la Commission des assurances de santé, l'association des fabricants de médicaments génériques et l'association des pharmaciens pour 2007-08, la méthode des appels d'offres collectifs n'a pas été étendue à d'autres principes actifs. Néanmoins, 33 substances ont été sélectionnées en vue d'appels d'offres potentiels lancés individuellement par des assureurs de santé. Les assureurs peuvent recourir à d'autres mesures d'incitation : un assureur, par exemple, a décidé d'exempter les patients qui utilisent les médicaments préférés de la franchise annuelle s'appliquant aux médicaments prescrits en ambulatoire (Maarse, 2009 ; Kanavos, 2009).

Le total des économies initialement réalisées aux Pays-Bas grâce aux pratiques d'appels d'offres a atteint un montant substantiel (355 millions EUR) : la réduction des prix a pu atteindre 90 % dans certains cas et le remplacement par des génériques est devenu plus courant. Cependant, les pharmacies ont vu diminuer brutalement les revenus qu'elles tiraient auparavant des rabais que leur accordaient auparavant les fabricants de génériques, ce qui a mis en danger la viabilité d'un grand nombre d'entre elles. Pour compenser ce manque à gagner, le paiement des pharmaciens pour l'exécution d'ordonnance a été porté de 6 EUR à 8.25 EUR, générant ainsi un revenu additionnel de 200 millions EUR pour les pharmaciens mais annulant en partie les économies réalisées par les fonds d'assurance santé (Kanavos, 2009).

Néanmoins, d'après les fabricants de produits génériques, les pratiques actuelles d'appel d'offres exercent une pression excessive sur les prix et risquent, à long terme, de compromettre le marché des génériques, les entreprises étant tentées d'abandonner le marché néerlandais.

En Allemagne, la Loi de 2007 sur le développement de la concurrence dans le domaine des assurances de santé a mis en place un ensemble d'incitations visant à favoriser le développement des opportunités contractuelles pour les caisses d'assurance maladie. Aux termes de la nouvelle loi, lorsqu'une caisse passe un contrat avec une entreprise pharmaceutique (en pratique principalement des fabricants de génériques) pour obtenir des réductions de prix, les pharmaciens sont obligés de remplacer le médicament initialement prescrit par le médicament « préféré », sauf si le médecin exclut formellement la substitution<sup>12</sup>. Les caisses d'assurance maladie recourent aux appels d'offre pour deux types de contrats : les contrats d'achat d'un principe actif spécifique et les contrats portant sur un portefeuille de produits.

Ces dispositions ont été contestées par les entreprises pharmaceutiques devant l'organe antitrust allemand et examinées par la Cour européenne de justice qui a statué en définitive que les caisses d'assurance maladie allemandes doivent se conformer à la réglementation européenne sur les achats publics (Kanavos, 2009).

Au Canada, la Colombie-britannique, l'Ontario et le Saskatchewan émettent des appels d'offres pour l'achat pour leurs programmes publics d'un petit nombre de molécules de très grande diffusion. Le soumissionnaire gagnant est l'entreprise qui offre la remise confidentielle la plus élevée et il bénéficie pendant une certaine période de l'inscription à titre exclusif sur les listes de médicaments couverts. On ignore l'ampleur des remises confidentielles ainsi obtenues. Cependant, dans un cas, le gouvernement de l'Ontario a suspendu une procédure d'adjudication portant sur un médicament (la ranitidine) parce que le fabricant du médicament d'origine a accepté de réduire de 75 % son prix sur la liste des médicaments couverts, ce qui laisse à penser que les réductions de prix sont sans doute d'une ampleur équivalente (Bureau de la concurrence Canada, 2008 ; Hollis, 2009).

Ces diverses expériences montrent que les procédures d'appels d'offres permettent des économies à court terme grâce à une réduction drastique des prix et, dans certains cas, l'augmentation de la part des génériques sur le marché. Cependant, les appels d'offres tendent aussi à accroître la concentration du marché, avec le risque, à long terme, d'une concurrence affaiblie si certains fournisseurs de génériques décident de quitter le marché. Dans certains cas aussi, le soumissionnaire gagnant n'a pas réussi à alimenter le marché et les pays concernés ont connu des ruptures de stock.<sup>13</sup> Par conséquent, les procédures d'appel d'offres doivent être soigneusement conçues afin, d'une part, de garantir que l'entreprise gagnante soit en mesure d'alimenter suffisamment le marché et fasse l'objet, en cas d'échec, de sanctions exécutoires et, d'autre part, d'empêcher les entreprises concurrentes d'abandonner le marché national.

## 6. Conclusions

Les décideurs s'efforcent d'adapter en permanence les politiques pharmaceutiques afin de répondre aux enjeux nouveaux résultant de la dynamique du marché et des progrès de la médecine, dans l'objectif d'assurer l'accès de leurs citoyens à des médicaments d'un coût abordable, de contenir la progression des dépenses et de soutenir les activités de R-D. Les répercussions de ces politiques sur les marchés nationaux et sur les capacités d'innovation doivent être évaluées afin de procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Pour faire face à la crise économique et s'attaquer à des déficits budgétaires sans précédent, plusieurs pays de l'OCDE ont récemment mis en œuvre des mesures vigoureuses pour réduire les dépenses de médicaments ou, tout au moins, contenir leur progression.

Plusieurs pays s'efforcent de rendre le processus de fixation des prix des nouveaux produits pharmaceutiques plus « rationnel », afin d'améliorer l'efficacité des dépenses de médicaments. Les répercussions budgétaires et/ou le rapport coût-efficacité sont maintenant parfois explicitement pris en compte dans les décisions de couverture de nouveaux médicaments. La restriction de la couverture est mal acceptée par le public et les responsables de l'élaboration des politiques sont partagés entre l'impératif de la « rationalité économique » (maximiser l'efficacité des dépenses publiques) et la nécessité de répondre aux attentes du public.

Pour résoudre ce dilemme, certains pays ont modifié les critères à prendre en compte dans les décisions de couverture. D'autres pays ont développé des accords innovants pour la fixation des prix, qui font dépendre l'octroi d'un financement public des résultats de santé obtenus. Bien qu'il soit encore trop tôt pour se prononcer – la collecte de données plus solides sera nécessaire –, il semble que certaines des mesures présentées pourraient constituer des moyens d'intervention nouveaux pour les payeurs des organismes de santé désireux d'améliorer l'efficacité de leurs dépenses sans encourir de risques trop grands au plan financier.

Une autre stratégie pour accroître l'efficacité des dépenses de médicaments consiste à étendre le marché des médicaments génériques. Les pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques visant à promouvoir l'utilisation des génériques : dans presque tous ces pays, les médecins ont désormais la possibilité de prescrire en DCI et les pharmaciens ont le droit de substituer des génériques aux produits de marque. Néanmoins, dans plusieurs pays de l'OCDE, le marché des médicaments génériques reste sous-développé, ce qui semble indiquer l'absence d'incitations économiques appropriées en direction des prestataires, des médecins, des pharmaciens et des patients. En outre, dans plusieurs pays, la concurrence par les prix est restée faible ou n'a pas profité aux consommateurs et aux tiers payants. Le recours à la méthode plus volontariste des appels d'offres, par exemple en Allemagne et aux Pays-Bas, s'est traduit par des réductions de prix immédiates, parfois énormes. Cette approche, néanmoins, ne va pas sans risques : l'expérience montre que les appels d'offres doivent être soigneusement conçus de façon à éviter le problème de ruptures de stock ou, dans une perspective plus longue, d'une concentration excessive du marché.

## Notes

1. Dans le système des comptes de la santé, les « dépenses pharmaceutiques » désignent les dépenses de médicaments et d'autres biens médicaux non durables délivrés aux patients externes. Elles incluent les médicaments prescrits, les médicaments délivrés sans ordonnance, ainsi que divers biens médicaux non durables, tels que pansements, bas de contention, articles d'incontinence, préservatifs et autres dispositifs mécaniques de contraception. Elles n'incluent pas les dépenses de médicaments prescrits aux patients hospitalisés. Ces dernières représentent de 5 % à 15 % des dépenses pharmaceutiques totales dans les pays pour lesquels on dispose de données.
2. [www.who.int/medicines/areas/policy/imsreport/en/index.html](http://www.who.int/medicines/areas/policy/imsreport/en/index.html), consulté le 18 mai 2010.
3. Les médicaments utilisés dans les hôpitaux sont généralement pris en charge par les régimes publics et sociaux au titre des « prestations d'hospitalisation ».
4. En Allemagne, 10 % des résidents sont couverts par un plan d'assurance maladie privé. Bien que les assureurs santé privés aient une certaine latitude pour définir leur enveloppe de prestations, le plus souvent ils prennent en charge les mêmes produits pharmaceutiques que les régimes santé obligatoires.
5. Les principales défaillances du marché sur le marché des médicaments prescrits aux patients externes sont les suivantes : la faible sensibilité du consommateur aux prix

(en raison de la prise en charge par l'assurance); la position de monopole des fabricants pour les médicaments brevetés, en particulier lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique; et la dissociation entre la décision d'achat (par le médecin, qui généralement n'est pas sensible au prix) et la responsabilité d'assumer le coût (patients et tiers payant). Dans les pays où l'assurance médicaments est offerte principalement par des régimes sociaux ou publics, la nécessité de contenir la progression des dépenses de santé et de bien gérer les dépenses est une justification de la réglementation des prix de remboursement.

6. On n'observe pas de tendance nette en ce qui concerne la réglementation des prix pour les médicaments utilisés dans les hôpitaux : de nombreux pays établissent des listes des prix maximum, tandis que d'autres ne réglementent pas du tout les prix. La caractéristique commune est que les procédures d'achat permettent généralement des négociations des prix. Les hôpitaux qui ont des contraintes budgétaires sont sensibles aux prix et ils utilisent leur pouvoir d'achat pour négocier les prix chaque fois que possible.
7. Les « médicaments orphelins » sont, fondamentalement, des médicaments destinés à traiter des maladies rares. Les seuils de rareté d'une maladie varient selon les pays : les « maladies rares » sont celles qui touchent moins d'une personne sur 1 500 aux États-Unis, moins d'une personne sur 2 000 dans l'Union européenne et moins d'une personne sur 2 500 au Japon. Les États-Unis et l'Union européenne ont pris des mesures visant à encourager les investissements privés de R-D axés sur les maladies rares (par exemple, période plus longue d'exclusivité commerciale) et ont établi des critères pour l'attribution du statut de « médicament orphelin ». Dans l'Union européenne, ces critères sont les suivants : la gravité de la maladie, le fait de répondre à un besoin encore non couvert et une prévalence inférieure à 1/2000 ou bien la perspective d'un retour sur investissement négatif.
8. Les agences du médicament ne peuvent évaluer une demande d'enregistrement de produit générique avant la fin de la « période d'exclusivité des données », qui est de 5 ans aux États-Unis et de 8 à 11 ans dans l'Union européenne.
9. L'expression « extinction du brevet » désigne ici à la fois l'expiration du brevet et l'expiration des certificats complémentaires de protection qui existent dans de nombreux pays de l'OCDE.
10. Le « droit de substitution » est sans effet ou implicite lorsqu'un médecin prescrit en DCI.
11. Avec l'octroi du statut de médicament « préféré », un médicament bénéficie de paiements moins élevés que ses concurrents. L'inscription « à titre exclusif » signifie que le médicament est le seul produit couvert par le plan d'assurance-médicaments dans la classe thérapeutique à laquelle il appartient.
12. Dans un but de cohérence avec les mesures visant à encourager les médecins à établir des prescriptions efficaces, les médicaments « préférés » sont exclus des statistiques utilisées pour contrôler le respect par les médecins de leurs objectifs de prescription et imposer, le cas échéant, des sanctions financières.
13. Selon Carradinha (2009), les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande ont tous deux connu des ruptures de stock de certains médicaments parce que le soumissionnaire gagnant n'a pu remplir ses engagements. Dans les deux cas, le problème a été résolu parce que des concurrents ont été en mesure de fournir le produit.

## ***Bibliographie***

- Bureau de la concurrence Canada (2008), *Pour une concurrence avantageuse des médicaments génériques au Canada : Préparons l'avenir*, Bureau de la concurrence Canada, Ottawa
- Carlson, *et al.* (2010), « Linking Payment to Health Outcomes: A Taxonomy and Examination of Performance-based Reimbursement Schemes between Health Care Payers and Manufacturers », *Health Policy*, sous presse.
- Carradinha, H. (2009), « Tendering Short-term Pricing Policies and the Impact on Patients, Governments and the Sustainability of the Generic Industry », *Journal of Generic Medicines*, vol. 6, n° 4, pp. 351-361.
- Commission européenne (2008), *Synthèse du rapport d'enquête sur le secteur pharmaceutique*, Communication de la Commission, Bruxelles.
- Conseil de l'Union européenne (2009), « Deuxième évaluation commune par le Comité de la protection sociale et la Commission européenne des conséquences sociales de la crise économique et des réponses politiques apportées », Conseil de l'Union européenne, Bruxelles.
- EFPIA – Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (2010), *The Pharmaceutical Industry in Figures – Édition 2010*, EFPIA, Bruxelles.
- EGA (2009), *How to Increase Patient Access to Generic Medicines in European Health Care Systems*, European Generic Medicines Association, Bruxelles.
- Faden, R. *et al.* (2009), « Expansive Cancer Drugs : A Comparison between the United States and the United Kingdom », *The Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 4, pp. 789-819.
- Garau, M. et J. Mestre-Ferrandiz (2009), « Access Mechanisms for Orphan Drugs: A Comparative Study of Selected European Countries », OHE Briefing n° 52, Office of Health Economics, Londres.
- Habl, C. *et al.* (2008), *Referenzpreissysteme in Europa*, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, Vienne.
- Hollis, A. (2009), *Generic Drug Pricing and Procurement : A Policy for Alberta*, SPS Research Papers – The Health Series, vol. 2, no 1, Université de Calgary, Calgary.
- IMS (2008), « Defining Risk-Sharing », *Pharma Pricing and Reimbursement*, n° 2, IMS, Norwalk, CT, pp. 78-80.
- IMS (2009), « Innovative Pricing Agreements to Enhance Access Prospects », *Pharma Pricing and Reimbursement*, vol. 14, n° 8, IMS, Norwalk, CT, pp. 238-243.
- Kaiser Family Foundation (2010), « Prescription Drug Trends – May 2010 Fact Sheet », Kaiser Family Foundation, Washington.
- Kanavos, P. (2009), *Tender Systems for Outpatient Pharmaceuticals in the European Union : Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium*, London School of Economics, Londres.
- Lee, T.H. et E.J. Emanuel (2008), « Tier 4 Drugs and the Fraying of the Social Impact », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 4, pp. 333-335.



- Leopold, C., C. Habl et S. Vogler (2008), *Tendering of Pharmaceuticals in EU Member States and EEA Countries*, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, Vienne.
- LFN – Swedish Pharmaceutical Benefits Board (2007), *The Swedish Pharmaceutical Reimbursement System*, LFN, Solna.
- Maarse, H. (2009), « Drug Preference Policy », *Health Policy Monitor*, octobre 2009, disponible à l'adresse : [www.hpm.org/en/Surveys/BEOZ\\_Maastricht\\_-\\_Netherlands/14/Drug\\_preference\\_policy.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/14/Drug_preference_policy.html).
- Mason, A. et M. Drummond (2009), « Public Funding of Cancer Drugs: Is NICE Getting Nastier ? », *European Journal of Cancer*, vol. 45, pp. 1188-1192.
- Moïse, P et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Mexico », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 25, Éditions de l'OCDE, Paris.
- NICE (2008), *Social Value Judgements : Principles for the Development of NICE Guidance*, NICE, Londres.
- NICE (2009), *Appraising Life-extending, end-of-life Treatments*, NICE, Londres.
- Nikolentzos, A., E. Nolte et N. Mays (2008), *Paying for Expensive Drugs in the Statutory System: An Overview of experiences in 13 Countries*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.
- OCDE (2008), *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Eco-Santé OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *The OECD Innovation Strategy: Getting a Head Start on Tomorrow*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OXERA (2001), *Fundamental Review of the Generic Drugs Market*. Rapport établi pour le Department of Health, OXERA, Oxford.
- Paris, V. et E. Docteur (2006), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Canada », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 24, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2008), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Germany », Documents de travail de l'OCDE sur la santé n° 39, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- PPRI Participants (2007), *The United Kingdom Pharma Profile*, Publications/country reports, ÖBIG, Vienne, disponible en ligne à l'adresse <http://ppri.oebig.at>.
- PPRI Participants (2008a), *Denmark Pharma Profile*, Publications/country reports, ÖBIG, Vienne, disponible en ligne à l'adresse <http://ppri.oebig.at>.
- PPRI Participants (2008), *France Pharma Profile*, ÖBIG, Vienne, disponible en ligne à l'adresse <http://ppri.oebig.at>.

- Raftery, J. (2008), « Paying for Costly Pharmaceuticals: Regulation of New Drugs in Australia, England and New-Zealand », *Medical Journal of Australia*, vol. 188, n° 1, pp. 26-28
- US Federal Trade Commission (2005), *Pharmacy Benefit Managers: Ownership of Mail-order Pharmacies*, US FTC.
- Vogler S., J. Espin et C. Habl (2009), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). New PPRI Analysis including Spain », *Pharmaceuticals Policy and Law*, vol. 11, pp. 213-234.
- Vogler, S. *et al.* (2007), « PPRI (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information) Report », GOG- ÖBIG, Vienne, disponible en ligne à l'adresse <http://ppri.oebig.at>.
- Williamson, S. (2010), « Patient Access Schemes for High-cost Cancer Medicines », *The Lancet Oncology*, vol. 11, pp. 111-112.

## Chapitre 7

### Remodeler les systèmes de santé à l'aide des TIC

*Les éléments que l'on possède indiquent que les technologies de l'information et des communications (TIC) peuvent apporter d'importantes améliorations à la délivrance des soins de santé – en réduisant les erreurs médicales, en améliorant les soins cliniques par l'observance des recommandations fondées sur les preuves scientifiques, et en évitant les doublons et le manque d'efficacité pour les trajectoires de soins complexes. Les TIC présentent un grand potentiel pour l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé, et pourtant le secteur de la santé est très en retard par rapport à d'autres parties de l'économie dans l'exploitation des gains de productivité que ces technologies peuvent apporter. Ce chapitre a pour sujet l'utilisation croissante des TIC dans le but de remodeler les systèmes de santé, pour de meilleures performances.*

## 1. Introduction

Les technologies de l'information et des communications (TIC) sont des technologies habilitantes qui ont transformé pratiquement tous les secteurs de l'économie moderne, du commerce en ligne à la gestion des stocks informatisée en passant par la production juste-à-temps. Elles changent aussi les soins de santé, et une grande partie des enseignements recueillis sur la façon d'exploiter au mieux les nouvelles possibilités ouvertes par les TIC s'appliquent aussi bien au secteur de la santé.

Les éléments que l'on possède indiquent que les TIC peuvent apporter d'importantes améliorations à la délivrance des soins de santé – en réduisant les erreurs médicales, en améliorant les soins cliniques par l'observance des recommandations fondées sur les preuves scientifiques, et en évitant les doublons et le manque d'efficacité pour les trajectoires de soins complexes. Les TIC présentent un grand potentiel pour l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé, et pourtant le secteur de la santé est très en retard par rapport à d'autres pans de l'économie dans l'exploitation des gains de productivité que ces technologies peuvent apporter.

Les technologies de l'information en elles-mêmes contribuent peu aux gains de productivité et de qualité de service. La valeur des TIC ne réside pas seulement dans leur capacité technique de générer, stocker, analyser et transmettre des données, mais dans le fait qu'elles donnent naissance à de nouvelles façons de travailler : un clinicien peut examiner à distance une radiographie prise dans un autre hôpital ; un médecin peut faire exécuter directement une ordonnance dans une pharmacie ; des systèmes experts aident les cliniciens à choisir le bon médicament ; ou encore, un médecin peut donner une consultation dans une zone rurale par visioconférence. Les possibilités d'améliorer les soins cliniques au moyen des TIC sont innombrables. Les applications peut-être les plus prometteuses dans l'immédiat consistent à améliorer la coordination des soins pour la gestion des maladies chroniques, où les professionnels de santé pourront partager des informations afin de gérer des maladies complexes, et à permettre aux patients de participer davantage à leurs propres soins.

Il faut du temps pour introduire de nouvelles pratiques de travail dans un système aussi complexe que la fourniture des soins de santé. Il faut redéfinir les structures, l'organisation et les ensembles de compétences, moyennant un investissement considérable dans la formation et les équipements et au prix d'une perturbation et éventuellement de résultats inférieurs pendant que diverses composantes nouvelles commencent à fonctionner de manière concomitante. Le secteur des soins de santé, qui fait intervenir un grand nombre d'acteurs dont beaucoup n'ont peut-être pas l'habitude de coopérer les uns avec les autres, est particulièrement compliqué à cet égard. Les systèmes de santé restent semblables à des industries artisanales – des petits producteurs avec des économies d'échelle et de gamme limitées, par opposition aux vastes transformations qui ont amplifié la diffusion technologique des TIC dans les autres secteurs.

On cherche à comprendre, dans le présent chapitre, comment une utilisation plus globale des TIC peut améliorer l'efficacité des dépenses dans les soins de santé, de différentes manières. On examine les obstacles à une exploitation complète du potentiel des TIC, tels que les préoccupations relatives à la protection de la vie privée et l'absence de normes communes et de coordination entre les systèmes, ainsi que les raisons de la

lenteur de la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques dans la plupart des pays<sup>1</sup>. Enfin, on examine comment une meilleure utilisation des TIC peut être la source d'une amélioration des performances dans le secteur de la santé, grâce à des données intelligibles et partagées permettant de dispenser des soins de qualité de manière efficiente.

## 2. Ce que les TIC peuvent (et ne peuvent pas) apporter aux soins de santé

Une étude approfondie réalisée par l'OCDE en 2009 (*Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*, voir la note de bas de page) met en lumière l'éventail d'effets bénéfiques potentiels mutuellement liés qui peuvent résulter de la mise en œuvre des TIC : accroissement de la qualité et de l'efficacité des soins ; diminution des coûts de fonctionnement ; diminution des coûts administratifs ; et supports de nouveaux modes de soins.

Comme on l'a vu dans le chapitre 5, on porte maintenant une grande attention aux soins chroniques. Le traitement des maladies chroniques complexes nécessite la contribution de nombreuses professions de santé différentes et de multiples fournisseurs de soins, ce qui crée un ensemble complexe de données que les divers intervenants du processus de soins doivent comprendre et utiliser. Le partage de l'information entre les fournisseurs de soins est essentiel pour améliorer les résultats cliniques et aussi éviter les doublons inutiles. L'importance croissante des maladies chroniques et l'attention nouvelle portée à la coordination des soins sont un des facteurs de l'utilisation accrue des TIC dans la santé, où la coordination et l'intégration des systèmes d'information clinique ainsi que des soins cliniques ont encore une très large marge de progression.

Comme on le verra dans ce chapitre, il y a de plus en plus de preuves que les TIC peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins de santé. Les effets des TIC sur les coûts sont plus équivoques et on ne connaît que quelques cas où des investissements dans les TIC aient entraîné une baisse des coûts des soins de santé. Par exemple, dans les systèmes d'assurance maladie, des éléments indiquent que l'informatisation de la facturation peut réduire les coûts administratifs. L'utilisation de systèmes d'archivage et de transmission d'images (SATI) a permis de diminuer le nombre de radiographies, d'améliorer le temps de cycle et, dans une certaine mesure, de réduire les coûts. Cependant, en général, les économies de coûts mises en évidence dans de petits projets pilotes s'avèrent difficiles à réaliser à grande échelle.

L'importance des TIC réside dans le fait qu'elles offrent la base nécessaire pour améliorer l'intégration des soins en ce qui concerne les maladies chroniques. Elles fournissent aussi les informations nécessaires aux programmes incitatifs tels que le paiement à la performance. Les TIC jouent donc un rôle critique de facilitation, mais elles ne sont pas à elles seules suffisantes pour réformer les systèmes de santé. Quand elles font partie d'une stratégie plus large visant à améliorer les performances du système de santé, elles peuvent alors avoir un effet spectaculaire sur les résultats.

---

1. Ce chapitre s'appuie sur un rapport plus détaillé publié en 2010 par l'OCDE, *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*, qui repose sur l'examen approfondi de six pays de l'OCDE (Australie, Canada, Pays-Bas, Espagne, Suède et États-Unis). L'OCDE est un acteur de pointe dans le développement de définitions et de données communes concernant l'adoption des TIC dans la santé dans ses pays membres.

### Encadré 7.1. Les TIC dans les soins de santé

Les technologies de l'information et des communications (TIC) dans les soins de santé couvrent différents systèmes présentant un degré de complexité et un potentiel variés, des systèmes simples de traitement électronique des demandes de remboursement jusqu'aux systèmes plus élaborés qui permettent à différents fournisseurs de soins de mettre en commun des informations cliniques. On présente ci-dessous une liste de composantes courantes des TIC dans la santé (Jha, 2006 ; Blumenthal, 2006).

*Les dossiers médicaux électroniques (DME)* sont une version électronique des dossiers médicaux, avec des éléments comme la documentation électronique des notes des fournisseurs de soins, la visualisation électronique des résultats de laboratoire et de radiologie et la prescription médicale informatisée (ordonnances électroniques).

*Les dossiers de santé électroniques (DSE)* sont un concept en évolution mais qui se rapporte à un sous-ensemble de données provenant de différents dossiers médicaux électroniques reliant les informations entre différents fournisseurs de soins à des fins de coordination des soins.

*La prescription médicale informatisée* comprend la saisie des ordonnances de médicaments ou de la prescription d'autres actes, ainsi que des services annexes, directement sur ordinateur.

*Les systèmes d'archivage et de transmission d'images (SATI)* : ordinateurs ou réseaux spécialisés pour le stockage, la récupération, la distribution et la présentation de résultats d'examens de laboratoire et de comptes-rendus de radiologie.

*Télémédecine/outils de communication électronique* : comprennent des dossiers de santé intégrés, le courrier électronique ou la messagerie web – à l'usage des membres d'équipes de soins, entre les médecins, les laboratoires, les cabinets de radiologie et les pharmacies et avec les patients ; télémédecine ou communications électroniques entre les fournisseurs de soins et des patients résidant dans des zones reculées ; télésurveillance à domicile pour les personnes âgées ou autres patients souffrant de maladies chroniques.

	Système de base	Système à fonctionnalité complète
<b>Informations et données de santé : cinq fonctions</b>		
État-civil du patient	x	x
Liste de problèmes du patient	x	x
Liste électronique des médicaments pris par le patient	x	x
Notes cliniques	x	x
Notes comprenant les antécédents médicaux et le suivi		x
<b>Gestion de saisie des prescriptions : cinq fonctions</b>		
Saisie des prescriptions de médicaments	x	x
Saisie des prescriptions d'examens de laboratoire		x
Saisie des prescriptions d'examens radiologiques		x
Envoi électronique des ordonnances de médicaments		x
Envoi électronique des autres prescriptions		x
<b>Gestion des résultats : trois fonctions</b>		
Lecture des résultats de laboratoire	x	x
Lecture des résultats d'imagerie	x	x
Retour d'images électroniques		x
<b>Aide à la décision clinique : trois fonctions</b>		
Avertissements sur les interactions ou contre-indications médicamenteuses		x
Mise en évidence des valeurs anormales dans les résultats d'examen		x
Rappels concernant les actes ou dépistages conformes aux recommandations		x

Source : DesRoches et al. (2008).

DesRoches *et al.* (2008), au moyen d'un processus Delphi, ont déterminé les fonctions clés qui constituent un système efficace de dossiers de santé électroniques dans le secteur des soins ambulatoires. Les fonctions qui doivent être présentes dans un « système à fonctionnalité complète » se répartissent en quatre catégories : enregistrement des données cliniques et d'état-civil du patient, visualisation et gestion des résultats de laboratoire et d'imagerie, gestion de la saisie des prescriptions (y compris les ordonnances électroniques) et aide à la décision clinique (par exemple, avertissements sur les interactions ou contre-indications médicamenteuses).

### 3. Comment les TIC peuvent améliorer l'efficience des dépenses dans les soins de santé

#### *Améliorer la sécurité des patients*

Ces dernières années, un large ensemble de travaux ont documenté le fort taux d'erreurs médicales, qui tuent plus de personnes que les accidents de la route d'après l'Institute of Medicine des États-Unis (IOM, 2001). À l'heure actuelle, la plus grande contribution des TIC est la réduction des erreurs médicales et l'amélioration de la sécurité des patients. On distingue trois types d'erreurs médicales courantes : les erreurs d'étourderie ou d'inattention, les erreurs de jugement ou de planification (erreurs relatives aux règles) et les erreurs résultant d'un manque de connaissances. Les TIC peuvent éviter ces types d'erreurs en facilitant l'acquisition et le partage d'informations par les professionnels de santé.

Une des erreurs médicales courantes est l'administration de médicaments inappropriés, entraînant une réaction indésirable au médicament (RIM). D'après certaines estimations, les réactions indésirables aux médicaments sont une des principales causes de décès aux États-Unis (entre le 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> rang par ordre d'importance). Quand les prescriptions de médicaments sont informatisées, un système expert peut vérifier les effets indésirables éventuels. Il signale les RIM possibles pour les patients qui prennent plusieurs médicaments, ainsi que les contre-indications des médicaments telles que l'âge du patient. Il contient aussi généralement des informations sur les antécédents de réactions du patient, comme les allergies à la pénicilline ou aux sulfamides, et il émet un avertissement si ces médicaments sont prescrits. Des études ont montré que les systèmes de TIC (parmi lesquels la prescription électronique) réduisent les erreurs de médication et les réactions indésirables aux médicaments (Chaudry, 2006). On a montré au moyen de la base de documentation Cochrane que la prescription électronique améliore la qualité, mais que l'effet sur le rapport efficacité-coût est équivoque (Durieux, 2008).

#### *Aide à la décision clinique : conformité aux recommandations fondées sur les preuves scientifiques*

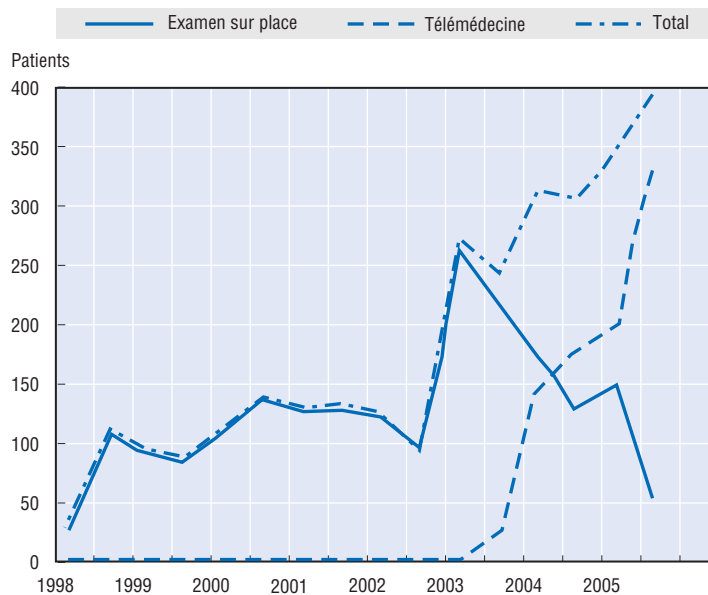
Un ample corpus de travaux récemment parus tend à montrer que l'observance des recommandations cliniques fondées sur les preuves scientifiques améliore la qualité des soins et les résultats de santé des patients. Les TI peuvent notablement contribuer à accroître la conformité aux recommandations ou protocoles de soins, en particulier dans la gestion de maladies chroniques comme l'asthme, le diabète ou l'insuffisance cardiaque. Les systèmes de TI sont notamment importants pour accroître l'utilisation de services préventifs comme les tests de dépistage du cancer. Voir le Chapitre 3 pour un examen plus détaillé des recommandations fondées sur les preuves scientifiques et le Chapitre 5 sur les programmes de gestion thérapeutique.

### *Télémédecine pour les populations rurales*

Les TIC offrent la possibilité d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les personnes qui habitent très loin des installations de santé. Dans les zones rurales d'Australie occidentale, par exemple, il est difficile de fournir des services de santé en raison de l'éloignement des populations et de leur faible densité. Les TIC (par exemple, par la télémédecine) permettent aux populations éloignées d'accéder à des services au moyen de DSE partagés et de la messagerie électronique. En Colombie-Britannique, l'introduction de la télémédecine a permis aux patients de chirurgie thoracique habitant dans les zones rurales d'être examinés plus près de l'endroit où ils vivent. Le graphique 7.1 montre l'augmentation notable du nombre de patients examinés après l'introduction de la télémédecine en 2003. Elle montre aussi qu'en 2004, seulement une année après, la télémédecine était graduellement devenue le mode de livraison de services préféré, aussi bien pour les patients que pour les médecins.

**Graphique 7.1. Les effets de la télémédecine**

Patients de chirurgie thoracique vus dans des séances de consultation locales en Colombie-Britannique, 1998-2005



Source : Humer *et al.* (2006).

### *Gains d'efficience*

Eu égard aux gains de productivité dans d'autres secteurs, beaucoup d'observateurs espèrent que l'adoption des TIC dans la santé améliorera la productivité et réduira les dépenses de santé à long terme. Comme on l'a vu ci-dessus, il existe beaucoup de domaines où l'introduction des TIC pourrait générer des gains d'efficience. Certains de ces gains pourraient relever de l'efficience allocative en réduisant l'utilisation des services de santé – notamment des soins hospitaliers coûteux – grâce à une meilleure coordination entre les soins primaires et secondaires. Il existe aussi des améliorations possibles sur le plan de l'efficience technique, par exemple en évitant la répétition de tests



diagnostiques et de laboratoire et en évitant les erreurs médicales qui peuvent être extrêmement coûteuses. En outre, il existe peut-être un potentiel de gains d'efficacité technique dans l'administration, notamment dans les systèmes d'assurance comprenant des composantes de comptabilité complexes comme la facturation et la perception des primes.

Certains éléments montrent que les TIC peuvent réduire les coûts. Les effets positifs les plus fréquemment cités sont généralement attribués à une *moindre utilisation des services de soins*. Un partage de l'information plus efficace, par exemple l'envoi électronique rapide des comptes rendus de sortie d'hôpital ou l'utilisation de systèmes de prescription médicale informatisée, peut réduire la demande d'examen de laboratoire et de radiologie, quelquefois d'un pourcentage atteignant 24 % (Chaudry *et al.*, 2006). Dans la plupart des cas, les éléments d'aide à la décision clinique peuvent aussi influencer sur le comportement prescriptif et économiser de l'argent en informant les médecins sur « l'efficacité comparée » de différents traitements médicaux.

Les *processus administratifs* tels que la facturation représentent dans la plupart des pays un gisement d'économies important. Une publication de l'OCDE (2010) fait état d'économies de coûts administratifs prodigieuses à la suite de l'introduction du traitement électronique des demandes de remboursement par le biais du réseau NEHEN (New England Healthcare Electronic Data Interchange Network) aux États-Unis. Après la mise en place du réseau NEHEN, les demandes de remboursement, dont le traitement sur papier coûtait auparavant 5.00 USD par transaction en coûts de main-d'œuvre, tombèrent à un coût unitaire de 15 cents avec le traitement électronique. En moins de deux ans, entre juillet 1998 et février 2000, NEHEN a permis de réduire le coût annuel par million de transactions supporté par ses membres de 10.4 millions USD à 1.4 million USD. Ces économies de 90 % résultent en grande partie du gain de temps réalisé par rapport au traitement manuel de la facturation et de l'information concernant les demandes de remboursement.

En théorie, les TIC peuvent réduire les coûts des services cliniques en *économisant le temps des cliniciens*. En Colombie-Britannique, où les systèmes d'archivage et de transmission d'images (SATI) ont été largement adoptés, 87 % des radiologues déclarent que le SATI a amélioré leur efficacité dans le domaine des comptes rendus et de la concertation entre médecins et 93.6 % indiquent qu'il a réduit le temps qu'ils passent à localiser les examens radiologiques pour en prendre connaissance. Cependant, dans l'étude de l'OCDE sur les TIC dans six pays membres (Australie, Canada, Pays-Bas, Espagne, Suède et États-Unis), les généralistes font rarement état d'une baisse de leur charge de travail du fait de l'utilisation de dossiers médicaux électroniques ; seuls les médecins suédois déclarent économiser environ trente minutes par jour grâce à l'utilisation des ordonnances électroniques (OCDE, 2010). Les membres des professions paramédicales en Australie occidentale déclarent que l'utilisation de la messagerie électronique leur fait gagner du temps dans des activités variées. Ils attribuent ce gain à l'accès plus facile aux données des patients, à une communication plus rapide et à l'obtention de données plus complètes et de meilleure qualité.

*Les TIC réduisent les erreurs médicales coûteuses.* Les erreurs de médication entraînent un nombre important d'admissions à l'hôpital supplémentaires, ainsi que de consultations dans les soins primaires. Une étude britannique a estimé à 466 millions GBP par an le coût des réactions indésirables aux médicaments dues aux erreurs de médication au Royaume-Uni. Les TIC offrent la possibilité *d'améliorer la coordination des soins pour les maladies chroniques*. Dans la province de Colombie-Britannique au

Canada, le coût de gestion du diabète est tombé d'une moyenne de 4 400 CAD (dollars canadiens) par patient entre 2001-02 à 3 966 CAD en 2004-05 après la mise en œuvre de mesures décrites dans l'encadré 7.2. Il y a peu de preuves que les TIC sont une source d'économies, sauf dans des domaines relativement restreints comme l'utilisation des SATI ou la facturation administrative. Il existe toutefois des preuves que les TIC en tant que composante de domaines plus larges comme les programmes de gestion thérapeutique améliorent la qualité des soins, et souvent avec un bon rapport efficacité-coût, mais ces programmes permettent rarement d'économiser de l'argent (voir le chapitre 5 sur la coordination des soins).

### **Encadré 7.2. La boîte à outils de gestion des maladies chroniques en Colombie-Britannique, Canada**

En 2002, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a constaté des problèmes dans la gestion des maladies chroniques, notamment une faible observance des recommandations cliniques concernant le diabète, avec seulement 39 % de diabétiques régulièrement surveillés au moyen de tests de glycémie par HbA1c et un faible recours aux mesures préventives. La Colombie-Britannique a alors créé une boîte à outils de gestion des maladies chroniques (GMC), système d'information à base web pour le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive et la dépression. La boîte à outils de GMC incorpore des recommandations de pratique clinique dans les feuilles de suivi et elle contient d'autres instruments permettant aux professionnels de santé de faire le suivi des soins dans la maladie chronique. Grâce à ce système, le pourcentage des diabétiques ayant des résultats de tests de HbA1c, de tension artérielle et de lipides conformes aux recommandations de l'Association canadienne du diabète est passé de 21.8 % en 2001-02 à 48.6 % en 2004-05.

### *Coûts initiaux élevés et effets bénéfiques retardés des TIC*

Les montants investis pour les TIC de santé sont difficiles à déterminer. Les estimations de coûts fournies à l'OCDE sont très approximatives et il peut être difficile de distinguer les coûts des TIC de santé à l'intérieur de budgets généraux. Dans certains cas, les projets nationaux ou locaux sont échelonnés dans le temps et on ne peut estimer que les budgets de la première phase (étude de faisabilité). Les budgets réels dépendent clairement de l'étendue des projets à terme. Les montants indiqués peuvent être un mélange de dépenses d'équipement et de fonctionnement et peuvent ou non inclure des coûts d'achat ou de mise en œuvre comme la formation. Malgré ces difficultés, le tableau 7.1 ci-dessous présente des estimations des budgets courants (2008-09) de trois grands organismes nationaux ayant compétence sur les TIC, financés par le gouvernement. Le financement public se situe entre 0.1 % et 0.3 % du total des dépenses de santé dans les trois pays considérés, avec un investissement par habitant compris entre 7 et 14 USD. En Australie, l'investissement par habitant a augmenté suite aux annonces budgétaires de 2010-11 de son projet e-Health.

Protti (2007) présente une évaluation approximative du montant total des investissements rapporté à la population s'élevant entre 129 USD au Canada et 552 USD par adhérent chez Kaiser Permanente (États-Unis), ce niveau de dépenses dépendant du degré de raffinement du système. Anderson *et al.* (2006) ont produit des estimations similaires pour six pays, dont le Canada et le Royaume-Uni. Un élément frappant, aussi bien dans les estimations de Protti et d'Anderson que dans celles de l'OCDE (voir tableau 7.2), est le montant relativement élevé de l'investissement par habitant dans les TIC de santé au Royaume-Uni. Bien qu'il reste inférieur au montant par adhérent dépensé par Kaiser Permanente, il se distingue des autres pays.

Ce chiffre élevé peut s'expliquer en partie par le fait que les coûts totaux indiqués pour le programme du Royaume-Uni couvrent une période qui s'étend jusqu'à la fin de 2015. En outre, le total inclut les coûts centraux payés et enregistrés par le programme Connecting for Health du NHS, ainsi que des estimations des coûts locaux supportés dans le déploiement des systèmes. Bien que, d'après un rapport récent du NAO (2008) au Royaume-Uni, les coûts locaux soient peut-être sous-estimés, il apparaît que le Royaume-Uni et les États-Unis ont sans doute des estimations plus réalistes que beaucoup d'autres pays pour le montant total consacré aux TIC de santé, du fait de la méthode descendante et du caractère centralisé de leurs programmes.

**Tableau 7.1. Budgets courants des initiatives de TIC dans trois pays de l'OCDE**

	<b>Australie</b>	<b>Canada</b>	<b>États-Unis</b>
Organismes/initiatives	Australian Government Department of Health and Ageing	Inforoute Santé du Canada	Office of the National Co-ordinator
Dépenses totales de santé (millions USD au taux de change indiqué) et % du PIB <sup>1</sup>	90 243 <sup>4</sup> 9.1 % du PIB	154 329 <sup>3</sup> 10.6 % du PIB	2 198 764 <sup>2</sup> 16.0 % du PIB
Budget courant pour les initiatives de TIC (millions USD au taux de change indiqué)	268 <sup>8,9</sup>	455 <sup>6,7</sup>	2 061 <sup>5</sup>
Investissement courant par habitant (USD) <sup>10</sup>	11.96	13.80	6.83

1. *Eco-Santé OCDE, 2009.*

2. Les données des tableaux 7.1 et 7.1 ne prennent pas en compte les investissements des provinces/territoires dans les initiatives e-Health qui sont à leur charge ou en collaboration avec Inforoute Santé du Canada (Inforoute). Les coûts des projets Infoway sont partagés avec les provinces/territoires (en général, 75 % pour Infoway et 25 % pour les provinces/territoires).

3. 2008.

4. 2007-08, *Australia's Health 2010*, chap. 8, pp. 406 et sp.

5. *Source* : HHS, FY 2010, Congressional Justification for Departmental Management, comprend les fonds de l'ARRA.

6. *Source* : Inforoute Santé du Canada. « Bâtir ensemble l'avenir de la santé. Rapport annuel 2008-2009 ».

7. 2009, taux de change 1 USD = 1.10 CAD.

8. *Source* : Communication personnelle, E-health-Policy and Future Directions, Department of Health and Ageing, Australie – et information mise à jour en juillet 2010.

9. 2009-10, taux de change 1 USD = 1.1476 AUD.

10. *Base de données de l'OCDE sur la population, 2007.*

*Source* : Protti (2007) ; Anderson (2006).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331999>

**Tableau 7.2. Budget total alloué par le gouvernement national dans deux pays de l'OCDE**

Organisme/ initiative	Canada	Royaume-Uni
	Inforoute Santé du Canada (2001-10)	NHS Programme Connecting for Health (2002-15)
Dépenses totales de santé (millions USD au taux de change indiqué) et % du PIB <sup>1</sup>	154 329 10.6 % du PIB	235 816 8.4 % du PIB
Budget total alloué (millions USD au taux de change indiqué)	1 430 <sup>2</sup>	20 633 <sup>3</sup>
Investissement total par habitant (USD)	35.81	338.38

1. *Eco-Santé OCDE, 2009.*

2. Jusqu'à fin mars 2010, taux de change 1 USD = 1.10 CAD.

3. NAO, jusqu'à fin décembre 2015, taux de change 1 USD = 0.61 GBP.

Source : Protti (2007) ; Anderson (2006).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932332018>

Les coûts de la mise en œuvre des solutions de TIC de santé sont supportés au départ, mais les bénéfices, financiers ou cliniques, ne se matérialisent pas toujours immédiatement. Il faut du temps pour atteindre un degré de fonctionnalité permettant de répondre véritablement aux besoins des cliniciens et des acheteurs. D'après le rapport sur les investissements canadiens dans les TIC intitulé « Dossier de santé électronique pancanadien interopérable : Projection des coûts et avantages », l'analyse coûts-avantages reste négative sur dix ans mais prédit sur 20 ans des économies substantielles.

#### 4. L'utilisation des dossiers de santé électroniques progresse lentement, à quelques exceptions près

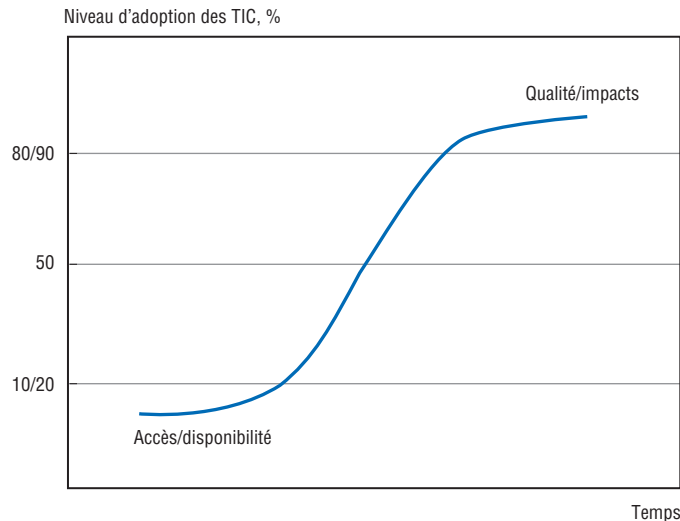
L'OCDE a réalisé récemment une étude sur la façon dont dix pays de l'OCDE suivent et évaluent l'adoption et l'utilisation des TIC dans le secteur de la santé, qui examine notamment :

- Les besoins pour l'action gouvernementale et les informations requises ;
- Les pratiques courantes ou de pointe qu'il serait possible de perfectionner ou de mettre en œuvre ;
- Un cadre pour le choix d'indicateurs comparables à l'échelle internationale ;
- Les axes de l'action internationale et des futurs travaux de recherche.

L'étude a montré que la plupart des pays de l'OCDE ne sont qu'aux premiers stades de la mise en œuvre des TIC. En particulier, l'intégration des TIC entre les fournisseurs de soins avec un partage des données pour la coordination des soins ne faisait que commencer dans presque tous les pays de l'OCDE.

### Encadré 7.3. Stades de la diffusion des TIC

Au début de la décennie 1990, l'OCDE a élaboré un cadre conceptuel pour la diffusion des technologies de l'information. Ce cadre tient compte du caractère de « cible mouvante » de la mesure des TIC. Les pays suivent une courbe en S qui commence par l'augmentation de l'accès. Quand les TI atteignent un certain seuil de diffusion, l'intérêt des pouvoirs publics se déplace, de l'accès vers la qualité de l'information et son impact sur les performances.

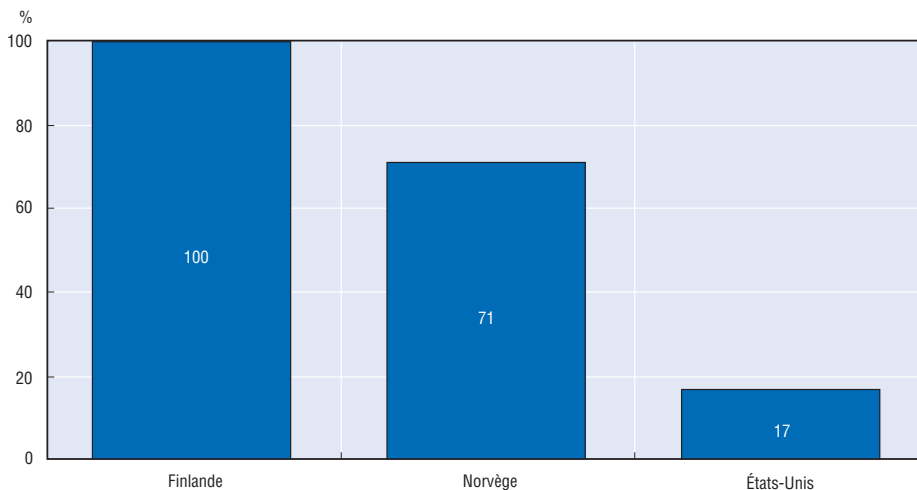


Source : OCDE (2010, p. 115).

A un bas niveau d'adoption des TIC, on porte attention aux indicateurs qui concernent la disponibilité et l'accès à l'infrastructure, c'est-à-dire l'état de préparation à l'introduction des TIC. À mesure que l'adoption des TIC progresse, les pays s'intéressent davantage au but et à l'intensité de l'utilisation des TIC. Aux États-Unis, où l'utilisation est peu répandue, la question la plus importante est d'accroître les taux d'adoption. Dans les pays scandinaves, où les dossiers de santé électroniques sont très courants, l'ordre du jour est l'interconnexion des différentes composantes du système et les préoccupations relatives à la protection de la vie privée.

La mise en œuvre des TIC dans les soins cliniques s'est avérée une entreprise difficile et risquée, malgré leur potentiel prometteur. L'adoption des TIC est restée notablement inégale entre les pays de l'OCDE. Aux États-Unis, une enquête de 2008 montre un taux d'adoption de seulement 13 % parmi les médecins de soins primaires pour les fonctions les plus élémentaires des DSE. En Australie et au Royaume-Uni, comme dans la plupart des pays scandinaves, les DSE sont presque omniprésents dans les soins primaires, mais l'adoption des fonctions avancées progresse lentement et l'échange de données de santé avec d'autres parties du système reste souvent à base de papier. Par exemple, la Finlande a presque 100 % d'adoption des DSE dans les hôpitaux et à peu près autant dans les soins primaires, mais l'échange électronique de documents clés comme les transferts de patient ou les comptes rendus de sortie d'hôpital entre ces environnements est encore sous-développé (graphique 7.2).

**Graphique 7.2. Utilisation des dossiers de santé électroniques en Finlande, en Norvège et aux États-Unis, 2007**



Source : Finn Telemedicum et STAKES ; Bureau de l'Auditeur général de Norvège ; DesRoches et al. (2008).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331828>

Le suivi des TIC dans les pays de l'OCDE est très limité. Généralement, les organismes statistiques nationaux (à l'exception du Canada, des États-Unis et de la République tchèque) ne collectent pas d'informations sur l'utilisation des TIC dans le secteur de la santé malgré l'intérêt croissant porté à la mesure de la pénétration des TIC dans l'ensemble de l'économie. La plupart des enquêtes sont conduites de manière occasionnelle et elles visent généralement le secteur des soins primaires.

## 5. Plusieurs obstacles à surmonter pour généraliser l'adoption des TIC

Il est essentiel de comprendre les obstacles qui s'opposent à l'adoption et à l'utilisation des TIC pour en accroître la pénétration. Dans la section suivante, on considère les principaux problèmes à surmonter si l'on veut matérialiser le potentiel des TIC dans la santé.

### *Nécessité d'un bon ajustement des incitations et d'une juste répartition des avantages et des coûts*

Il est difficile d'argumenter financièrement l'adoption des TIC du fait que, jusqu'à présent, la plupart des observations montrent une amélioration de la qualité des soins aux patients mais peu de preuves de l'existence d'économies de coûts. Les organisations de soins de santé peuvent hésiter à endosser les coûts de mise en œuvre et de maintenance de TIC comme les dossiers de santé électroniques si l'amélioration de la qualité ne s'accompagne pas de meilleurs paiements ou au moins d'une certaine compensation. Un autre obstacle à l'adoption des TIC tient à la distribution des coûts. Souvent, ceux qui bénéficient d'une utilisation accrue des TIC ne sont pas ceux qui en supportent les coûts d'adoption.

La façon dont les fournisseurs de soins sont rémunérés joue un rôle critique dans leur comportement – les incitations ont une influence importante. Ce n'est pas l'unique facteur qui détermine le comportement, mais les incitations financières jouent effectivement un rôle

important dans les décisions que prennent des fournisseurs de soins tels que les hôpitaux ou les fournisseurs de soins primaires. Malheureusement, dans la plupart des systèmes de santé, il n'existe pas d'incitations pour les fournisseurs de soins à investir dans de nouveaux systèmes d'information. Souvent, les systèmes de paiement n'offrent pas de rémunération supplémentaire aux fournisseurs de soins qui communiquent des informations électroniques et, dans de nombreux cas, les systèmes de dossiers électroniques ne génèrent pas les informations nécessaires aux acheteurs. La faible adoption des TIC dans le domaine des soins de santé n'est donc pas très surprenante.

Si l'on considère les systèmes de paiement classiques pour les hôpitaux, il n'y a pas de paiement supplémentaire pour la tenue de dossiers de patient électroniques. Même un système élaboré tel que le système des groupes homogènes de malades pour le paiement des hôpitaux ne nécessite pas un dossier médical électronique hospitalier. Cela explique pourquoi les États-Unis, avec leur faible pénétration des DSE, peuvent encore appliquer un des systèmes de paiement des hôpitaux les plus élaborés dans le monde. Dans les soins primaires, les systèmes de paiement classiques sont le paiement à l'acte et la capitation. Généralement, les systèmes de paiement à l'acte ne comprennent pas de rémunération supplémentaire pour la tenue de dossiers médicaux électroniques, la prescription électronique ou les systèmes d'aide à la décision clinique. De même, le paiement par capitation ne nécessite pas l'utilisation de dossiers médicaux électroniques comme l'a montré l'application de ce système en médecine générale au Royaume-Uni avant le grand programme d'informatisation.

Les systèmes de paiement doivent donc encourager l'adoption des TIC. Cela a été un élément clé pour beaucoup de programmes qui ont réussi à accroître l'adoption des TIC. On notera que les investissements dans les technologies de l'information font souvent partie d'une stratégie plus large visant à améliorer les performances des soins primaires et des hôpitaux et qu'ils sont liés à des régimes incitatifs plus généraux de paiement à la performance et à des réformes destinées à améliorer les soins chroniques telles que la gestion thérapeutique. Souvent, les dispositifs de paiement à la performance commencent par payer pour la communication d'informations, ce qui constitue une incitation financière à adopter les TIC et à fournir systématiquement des données relatives à la qualité des soins sous forme électronique. Le paiement pour la communication d'informations est le préalable à un dispositif de paiement à la performance plus complet.

Un nouveau modèle économique pour les TIC qui redistribue les fonds, entre ceux qui profitent des TIC et ceux qui en supportent les coûts, est nécessaire. Dans l'environnement actuel, les fournisseurs de soins supportent la plus grande partie, voire la totalité, des coûts et ne recueillent que peu d'avantages, ceux-ci consistant principalement en une amélioration des résultats de santé des patients.

### ***La gouvernance générale : faire concorder les objectifs des TIC avec ceux des systèmes de santé***

Un des points qui ressortent des études de cas de l'OCDE sur l'adoption des TIC dans la santé est la question générale de la « gouvernance » ou « gestion responsable ». Quand on entreprend de mettre en œuvre des programmes de TIC complexes, il peut souvent arriver que les objectifs de santé sous-jacents se perdent dans la multitude des détails techniques tels que les normes d'interopérabilité. Il importe de garder en vue les buts sous-jacents des systèmes de santé, qui sont d'aider les professionnels de santé à mieux faire leur travail et de donner aux patients l'accès à leurs informations de santé personnelles.

La gouvernance générale requiert aussi des normes définies en commun et uniformément appliquées. Les organisations de santé ont accès à des produits informatiques toujours plus nombreux, mais souvent leurs systèmes ne peuvent communiquer entre eux, ce qui empêche de recueillir les fruits du partage de l'information. Cet interfonctionnement demeure un sérieux problème. Les systèmes de DSE doivent être interopérables, l'information clinique doit rester exploitable après transmission, que ce soit entre des systèmes différents ou entre différentes versions d'un même logiciel. Il faut aussi que cette information soit collectée d'une manière systématique si l'on veut réaliser une analyse secondaire efficace.

#### Encadré 7.4. Interopérabilité et systèmes hérités du passé

On dit que des systèmes informatiques distincts sont interopérables s'ils peuvent échanger des données entre eux et les utiliser. La simple conversion de données sur papier à un format numérique n'est pas suffisante pour assurer l'interopérabilité. Il faut des règles standard qui spécifient la façon de faire circuler l'information au moyen d'un langage normalisé lisible par les machines pour des éléments tels que les diagnostics, actes, médicaments, tests de laboratoire et examens radiologiques, etc.

Les systèmes « hérités du passé » sont ceux qui sont déjà en place. Des problèmes peuvent se poser quand on essaie de relier ces systèmes à d'autres fonctions informatiques. Actuellement, beaucoup de fournisseurs de soins utilisent déjà des systèmes non standard pour les dossiers de santé électroniques et d'autres applications. Il est difficile d'en changer parce que les utilisateurs sont habitués au système existant et que l'apprentissage d'un nouveau système peut être une source de perturbation. Les Pays-Bas ont rencontré ce problème en 2005, où un grand nombre de fournisseurs informatiques créaient et entretenaient des systèmes de dossiers de santé électroniques. La plupart de ces systèmes n'étaient pas interopérables. Par la suite, les Pays-Bas ont mis en œuvre un nouveau programme qui a établi des normes d'interopérabilité pour les dossiers de santé électroniques.

#### Taxinomie de l'interopérabilité à quatre niveaux

Le Center for Information Technology Leadership a élaboré une classification pour décrire l'interopérabilité en fonction de trois facteurs : le degré d'intervention humaine, le degré de technicité des TIC et l'adoption de normes.

**Niveau 1. Données non électroniques.** Pas d'utilisation des TIC pour partager l'information. L'information s'échange oralement ou sur papier. Exemples courants : courrier postal, téléphone.

**Niveau 2. Données transportables par machine.** Transmission d'information non normalisée par le biais de TIC de base. L'information à l'intérieur du document ne peut être manipulée électroniquement. On ne peut appliquer aucun traitement informatique. Exemples courants : courrier électronique en texte libre ; échange de documents numérisés, télécopie, images, format PDF.

**Niveau 3. Données organisables par machine.** Transmission de messages structurés contenant des données non normalisées. Cela conduit souvent à des données incompatibles du fait que les organisations utilisent des définitions différentes et qu'il n'y a pas de dictionnaire de données commun. Exemples courants : courrier électronique sécurisé en texte libre ; fichiers dans des formats incompatibles/exclusifs, messages HL-7.

**Niveau 4. Données interprétables par machine.** Transmission de messages structurés contenant des données normalisées et codées. C'est la situation idéale où tous les systèmes échangent des informations avec les mêmes formats et vocabulaires. Tous les contenus peuvent être extraits et convertis électroniquement dans chaque champ et il n'y a plus besoin d'intervention humaine. Exemples : échange automatisé de codes de médicament pour les ordonnances électroniques, listes de diagnostic pour les SATI, codage des diagnostics et des actes pour les groupes homogènes de malades.

L'élaboration de normes pour permettre l'échange d'information demeure un défi politique et logistique. L'élaboration des normes doit être considérée dans le contexte des besoins techniques, sociétaux et commerciaux, tant au niveau local que mondial. On s'accorde maintenant à reconnaître la défaillance du marché à l'égard de ce problème et



les gouvernements doivent intervenir. Pour faire progresser l'interopérabilité, beaucoup de gouvernements ont créé des organismes ou agences spécifiques chargés de coordonner l'élaboration des normes et ont formulé des stratégies au niveau national. Sous la pression des vendeurs et des utilisateurs, ainsi que des organisations de normalisation internationales, les pays ont commencé à collaborer de manière plus ouverte à l'élaboration et à l'affinement des normes.

**Tableau 7.3. Mesures visant à remédier au manque d'interopérabilité dans différents pays**

Domaine d'action	Australie	Canada	Espagne	États-Unis	Pays-Bas	Suède
Certification des produits	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Activités de normalisation	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Exigences de conformité et d'utilisabilité imposées aux vendeurs	OUI	OUI	NON	NON	(OUI) Au stade de la démonstration de concept	NON

Source : Center for Information Technology Leadership ; Walker *et al.* (2005).

Le principal obstacle à la mise en œuvre des TIC dans la santé est le problème de gouvernance consistant à orchestrer la totalité des différents éléments et des diverses parties prenantes. Les TIC ne matérialisent leur potentiel que quand toutes les parties du système fonctionnent. Les projets de TIC sont notoirement difficiles à gérer comme l'a montré le grand programme du Royaume-Uni dans ce domaine, qui a souffert de nombreux retards et de difficultés techniques imprévues qui ont entravé sa mise en œuvre (NAO, 2006).

### ***Le succès futur dans les TIC exige dès le début un dispositif approprié pour la protection de la vie privée et la confidentialité***

Même si beaucoup de pays, d'après la publication de l'OCDE (2010), ont mis en œuvre avec grand succès un éventail varié de solutions de TI dans la santé, les questions de sécurité et de protection de la vie privée restent un des principaux défis. L'information de santé peut être extrêmement sensible, notamment pour des maladies stigmatisées comme les maladies sexuellement transmissibles, le SIDA et les troubles mentaux, y compris la toxicomanie. Les dossiers de santé électroniques contiennent quelquefois des informations sur le comportement personnel comme la consommation de tabac ou d'alcool ou les préférences sexuelles. La possibilité que ces informations aient des effets dommageables sur l'emploi ou que les compagnies d'assurance maladie les utilisent pour refuser leur couverture ou augmenter les primes, au détriment de l'intégration dans la société, est une source de préoccupations. De nombreuses enquêtes ont montré que le public s'inquiète beaucoup de la protection des informations médicales personnelles.

La plupart des pays mentionnent les obstacles légaux parmi les facteurs importants dans la mise en œuvre des DSE (OCDE, 2010). Le partage des informations médicales, par exemple, soulève de nombreux problèmes juridiques. Dans beaucoup de pays, ces informations sont la propriété du patient et on ne peut les communiquer ou les utiliser sans son consentement. Dans certains des systèmes examinés par l'OCDE, on présume que le patient consent à la communication de ses données (les patients ont le droit de notifier un refus explicite). Dans d'autres systèmes, le consentement est demandé dès le

début (consentement explicite). Comme dans d'autres domaines comme les systèmes de retraite, l'économie comportementale a maintes fois montré que les dispositifs à refus explicite – où l'option par défaut est la participation – conduisent à des taux d'utilisation plus élevés que les systèmes où il est demandé aux personnes d'opter pour la participation (Thaler, 2009).

Beaucoup d'observateurs considèrent les questions touchant à la protection de la vie privée comme la principale « barrière » à la création d'un système d'information coordonné pour les soins au patient et pour un partage plus large des informations de santé entre les différentes parties du système. Même en Suède, où les ordonnances électroniques sont généralisées dans tout le pays, des restrictions légales empêchent actuellement les médecins généralistes d'avoir accès à la liste complète des médicaments qui ont été prescrits à leurs patients.

C'est au début de la longue montée dans la courbe de la diffusion qu'il importe de traiter les questions relatives à la protection de la vie privée. Il faut, dès le départ, inclure une protection appropriée de la vie privée dans la conception des nouveaux systèmes de TIC et dans les politiques afférentes. L'absence de clarté dans les buts et le champ de la protection de la vie privée peut avoir des conséquences indésirables. Si les mesures de protection de la vie privée empêchent le partage des informations, le fort potentiel d'amélioration de la qualité des soins pour les patients s'en trouvera réduit.

## **6. Les TIC sont à la base d'une approche plus générale visant à améliorer les performances du système de santé**

Les TIC peuvent être un outil précieux pour améliorer la qualité des soins de santé ainsi que l'efficacité des dépenses. Le partage de l'information est essentiel pour un système de santé axé sur la production de valeur. Les dossiers médicaux électroniques paraissent le moyen le plus prometteur pour améliorer l'évaluation de la qualité clinique dans l'avenir. Les TIC sont au centre des efforts visant à réorganiser les soins cliniques afin de relever les nouveaux défis de la gestion des maladies chroniques, en permettant d'accroître l'intégration entre les soins primaires et secondaires, mais aussi entre les soins de santé et les services sociaux.

Les éléments que l'on possède jusqu'à présent indiquent que l'investissement dans les TIC ne suffit pas à lui seul pour améliorer les performances. Il faut aussi ajuster les incitations, remodeler la livraison des services et intégrer les fournisseurs de soins à une culture commune attachée à la qualité des soins, où l'on fait concorder les objectifs des TIC avec les buts plus généraux du système de santé. Quand toutes ces composantes sont en place, il est possible de recueillir de réels gains de performance, tels que des résultats améliorés avec de moindres coûts (peu d'hospitalisations et des durées de séjour plus courtes).

Comme dans d'autres secteurs, l'investissement dans les TIC n'augmente pas automatiquement la croissance de la productivité. Il existe un « paradoxe de la productivité », que Solow a été le premier à décrire en 1987 : l'informatique se retrouve partout sauf dans les statistiques de la productivité. Il était pratiquement impossible de démêler la part de l'amélioration des performances économiques qui était due aux technologies habilitantes et celle qui était due à la transformation du mode de gestion, par les entreprises, de leurs opérations internes et de leurs relations avec leurs clients, leurs concurrents et leurs fournisseurs. Le « paradoxe de la productivité » fut résolu dix ans plus tard quand les preuves accumulées montrèrent que les industries à forte intensité de

TI contribuait plus à la croissance de la productivité que les industries à moindre intensité de TI (Colecchia et Schreyer, 2002). Le décalage temporel entre les gains de productivité et l'investissement dans les TI était dû pour une part au processus d'apprentissage inhérent à l'utilisation des nouvelles technologies.

Dans les TIC de santé, il existe aussi un paradoxe de la productivité. Jusqu'à présent, les preuves que les TIC entraînent des augmentations significatives de la productivité sont très limitées. Il existe des exceptions comme l'utilisation des SATI ou la facturation administrative. Toutefois, l'observation des systèmes qui présentent de hautes performances permet de voir ce qu'il est possible d'obtenir une fois que toutes les composantes sont en place. Les TIC sont un élément important dans de nombreux domaines prometteurs pour l'amélioration des performances en matière de santé, comme le paiement à la performance, et elles sont à la base des programmes de gestion thérapeutique, constituant ainsi une composante critique pour améliorer l'efficacité des dépenses dans les systèmes de santé.

## 7. Conclusions

Les TIC ont un grand potentiel pour l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé en réduisant les erreurs médicales, en améliorant les soins cliniques par l'observance des recommandations fondées sur les preuves scientifiques, et en évitant les doublons et le manque d'efficacité pour les trajectoires de soins complexes. Pour tirer le meilleur profit des TIC, il faut répondre aux préoccupations en matière de protection de la vie privée et remédier au manque de normes communes et de coordination entre les systèmes.

Les applications les plus prometteuses consistent à améliorer la coordination des soins pour la gestion des maladies chroniques, où les professionnels de santé pourront partager des informations afin de gérer des maladies complexes, et à permettre aux patients de participer davantage à leurs propres soins. Les TI peuvent notablement contribuer à accroître la conformité aux recommandations ou protocoles de soins, en particulier dans la gestion de maladies chroniques comme l'asthme, le diabète ou l'insuffisance cardiaque. Les systèmes de TI sont notamment importants pour accroître l'utilisation de services préventifs comme les tests de dépistage du cancer.

Du point de vue des gains de productivité et des économies de coûts, les TI peuvent produire des améliorations d'efficacité technique, par exemple en évitant la répétition de tests diagnostiques et de laboratoire et en évitant les erreurs médicales qui peuvent être extrêmement coûteuses. En outre, il existe peut-être un potentiel de gains d'efficacité technique dans l'administration, notamment dans les systèmes d'assurance comprenant des composantes de comptabilité complexes comme la facturation et la perception des primes.

La gouvernance générale requiert des normes définies en commun et uniformément appliquées. Les organisations de santé ont accès à des produits informatiques toujours plus nombreux, mais souvent leurs systèmes ne peuvent communiquer entre eux, ce qui empêche de recueillir les fruits du partage de l'information. Les systèmes de dossiers de santé électroniques doivent être interopérables et l'information clinique doit rester exploitable après transmission, que ce soit entre des systèmes différents ou entre différentes versions d'un même logiciel.

Les systèmes de paiement doivent encourager l'adoption des TIC. On notera que les investissements dans les technologies de l'information font souvent partie d'une stratégie plus large visant à améliorer les performances des soins primaires et des hôpitaux et qu'ils sont liés à des régimes incitatifs plus généraux. Enfin, on a besoin d'un nouveau modèle économique pour les TIC qui redistribue les fonds, de ceux qui tirent bénéfice des TIC vers ceux qui doivent en supporter les coûts. Dans l'environnement actuel, les fournisseurs de soins supportent la plus grande partie, voire la totalité, des coûts et ne recueillent que peu d'avantages, ceux-ci consistant principalement en une amélioration des résultats de santé des patients.

## ***Bibliographie***

- Anderson, G.F., B.K. Frogner, R.A. Johns et U.E. Reainhardt (2006), « Health Care Spending and Use of Information Technology in OECD Countries », *Health Affairs*, vol. 25, n° 3, pp. 819-831.
- Australian Health Information Council (2007), « E-health and Future Directions », Department of Health and Ageing, Australie.
- Blumenthal, D., C. DesRoches, K. Donelan *et al.* (2006), « Health Information Technology in the United States: The Information Base for Progress », Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ.
- Inforoute Santé du Canada (2009), « Bâtir ensemble l'avenir de la santé », *Rapport annuel 2008-2009*.
- Chaudhry, B. *et al.* (2006), « Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency and Costs of Medical Care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, pp. E-12-E-22.
- Colecchia, A. et P. Schreyer (2002), « ICT Investment and Economic Growth in the 1990s: Is the United States a Unique Case? A Comparative Study of Nine OECD Countries », *Review of Economic Dynamics*, vol. 5, n° 2, pp. 408-442.
- Halamka, J.D. (2000), « New England Healthcare EDI Network, The New England Approach to HIPAA », disponible à [www.ehcca.com/presentations/HIPAA2/106.pdf](http://www.ehcca.com/presentations/HIPAA2/106.pdf).
- HHS – Department of Health and Human Services, États-Unis (2010), « Congressional Justification for Departmental Management ».
- Humer, M., A. Luoma et B. Nelems (2006), « Distant Thoracic Surgical Patient Assessment in Rural British Columbia: The Evolution from On-site Clinics to Telemedicine Clinics, 1985-2005 », *BC Medical Journal*, vol. 48, n° 6, pp. 279-284.
- Jha, A., T.G. Ferris, K. Donelan, C. DesRoches, A. Shields, S. Rosenbaum et D. Blumenthal (2006), « How Common Are Electronic Health Records In The United States? A Summary of the Evidence », *Health Affairs*, vol. 25, pp. 496-507.
- NAO – National Audit Office, Royaume-Uni (2006), « The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006 », Report by the Auditor General.
- OCDE (2007), *OECD Population Data 2007*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Eco-Santé OCDE 2009 – Statistiques et indicateurs pour 30 pays*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé : Le rôle des technologies de l'information et des communications*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Protti, D. (2007), « Canada's EHR Journey: Pragmatic Progress and Promising Potential », présentation Powerpoint à la réunion des experts des TIC au service de la santé, Paris.
- Pyra Management Consulting Services Inc. (2008), « Emerging Trends in Diabetes Care and Management ».

Solow, R.M. (1987), « We'd Better Watch Out », *New York Times Book Review*, 12 juillet.

Thaler, R.H. et C. Sunstein (2008), *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, Yale University Press.

Wagner, E.H. (1998), « Chronic Disease Management: What Will it Take to Improve Care for Chronic Illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, pp. 2-4.

Walker, J. *et al.* (2005), « The Value of Health Care Information Exchange and Interoperability », *Health Affairs*, Supplément sur le web uniquement, pp. w5-10–w5-18.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16  
IMPRIMÉ EN FRANCE  
(81 2010 14 2 P) ISBN 978-92-64-08882-5 – n° 57472 2010

# Études de l'OCDE sur les politiques de santé

## Optimiser les dépenses de santé

Les dépenses de santé continuent d'augmenter inexorablement, et ce à un rythme plus rapide que celui de l'économie dans la plupart des pays de l'OCDE. L'essentiel de ces dépenses est financé publiquement. Face au récent ralentissement économique, les pays cherchent les moyens d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé. La présente publication examine les efforts actuellement déployés pour améliorer l'efficacité des soins et passe en revue un certain nombre d'outils de nature à permettre aux systèmes de santé d'optimiser l'utilisation des ressources en offrant des soins de qualité : rémunération selon la performance, coordination des soins, évaluation des technologies de santé, politiques de prix et de remboursement des médicaments, et technologies de l'information et de la communication.

[www.oecd.org/sante](http://www.oecd.org/sante)

### À lire dans cette série

*L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé* (2010)

*Améliorer la performance des soins de santé : Comment mesurer leur qualité* (2010)

*Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé* (2009)

*Les prix des médicaments sur un marché global : Politiques et enjeux* (2008)

*Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?* (2008)

### À consulter également

*Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE* (2009)

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne aux adresses suivantes :

[www.sourceocde.org/scienceTI/9789264088825](http://www.sourceocde.org/scienceTI/9789264088825)

[www.sourceocde.org/questionssociales/9789264088825](http://www.sourceocde.org/questionssociales/9789264088825)

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder *via* :

[www.sourceocde.org/9789264088825](http://www.sourceocde.org/9789264088825)

**SourceOCDE** est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou [SourceOECD@oecd.org](mailto:SourceOECD@oecd.org).